

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**KHALED AZEVEDO NOUR ALMAHNOUD**

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS: UMA ANÁLISE DE  
IMPLANTAÇÃO NOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA)  
EM PERNAMBUCO**

**RECIFE  
2017**

**KHALED AZEVEDO NOUR ALMAHNOUD**

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS: UMA ANÁLISE DE  
IMPLANTAÇÃO NOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA)  
EM PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

**ORIENTADORA: Dr<sup>a</sup> ANA LÚCIA RIBEIRO DE VASCONCELOS**

**COORIENTADORA: Dr<sup>a</sup> ALETHEIA SOARES SAMPAIO**

RECIFE

2017

---

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

A444v Almahnoud, Khaled Azevedo Nour.

Vigilância epidemiológica do Hiv/Aids: uma análise de implantação nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em Pernambuco/ Khaled Azevedo Nour Almahnoud. — Recife: [s. n.], 2018.

147 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos; coorientadora: Aletheia Soares Sampaio.

1. Avaliação em Saúde. 2. Vigilância Epidemiológica. 3. HIV. 4. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 5. Serviços de Diagnóstico. I. Vasconcelos, Ana Lúcia Ribeiro de. II. Sampaio, Aletheia Soares. III. Título.

---

CDU 331.47

KHALED AZEVEDO NOUR ALMAHNOUD

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS: UMA ANÁLISE DE  
IMPLANTAÇÃO NOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA)  
EM PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

DATA DE APROVAÇÃO: 21/12/2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos**  
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

---

**Dr<sup>a</sup> Sydia Rosana de Araújo Oliveira**  
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

---

**Dr<sup>a</sup> Juliana Martins Barbosa da Silva Costa**  
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

*Dedico a todas as Pessoa Vivendo com HIV/aids (PVHA) no Brasil, especialmente, em Pernambuco. Lembro no dia que chorei ao perder um ídolo – Renato Russo. Prometi a mim mesmo que abraçaria essa causa e, por menor que seja este estudo, espero muito contribuir com o fortalecimento desta linda estratégia de enfrentamento à aids e outras IST chamada CTA, pois como um importante serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, barreiras sempre enfrentará, mas os obstáculos nunca serão um ponto final, apenas reticências para um novo olhar.*

## AGRADECIMENTOS

À **Ana Lúcia Vasconcelos**, pela orientação na construção deste trabalho, especialmente pela forma que conduziu todo o processo, com muita competência, paciência e perseverança. Das quais, tive o prazer de conviver e desejo usufruir nas etapas posteriores que virem ao meu caminho acadêmico.

À **Aletheia Soares Sampaio**, também pela orientação, principalmente pela diligência e indispensáveis contribuições em todas as etapas deste árduo, mas gratificante processo de construção do saber.

À **Sydia Rosana de Araújo Oliveira e Juliana Martins Barbosa da Silva Costa**, por comporem a banca de qualificação, com suas imprescindíveis contribuições que ajudaram no aprimoramento deste trabalho.

À Gerência de Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde de Pernambuco (GMAVS), pelo apoio e compreensão, principalmente, pelas ausências muitas vezes necessárias. E, em especial, à **Monik Duarte** por plantar uma semente de sabedoria a cada instante de aflição, mostrando-se além de companheira de trabalho, uma excelente orientadora, com uma maestria que jamais esquecerei.

À equipe técnica do Programa IST/aids/HV de Pernambuco, especialmente a **François Figueiroa, Grazielle Vasconcelos e Camila Dantas**, pela importante ajuda, desde a aquisição dos bancos de dados às indispensáveis contribuições na coleta de dados *in loco* nos CTA.

À **Luciana Caroline Albuquerque Bezerra**, pela liberação para cursar o mestrado e pelo apoio institucional, não só a este trabalho, mas pelo incentivo a todos os profissionais da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco, de onde é gestora com muita competência, para especializar-se, crescer profissional e educacionalmente.

A todos **os profissionais dos CTA de Pernambuco**, pela imensa colaboração neste trabalho para a implementação dessa importante intervenção de prevenção e controle às IST/aids/HV no estado.

À minha família, especialmente a minha avó **Sebastiana Maria da Conceição Azevedo** que me ensinou a olhar além das fechaduras, pois não importa o quão à vida pode ser difícil, enxergar através das portas fechadas é o que dará força para adentra-las e abrir não só uma, mas todas aquelas que vierem pelo caminho.

Por fim, acreditando no ditado que os últimos serão os primeiros, e, no meu coração são sim, atribuo muito desse processo a força que recebo sempre de meus irmãos, amigos e companheiros de vida **Renato Henrique Barbosa de Oliveira Filho** e **Roberto Carlos Silva Amaral Ribeiro**. Portanto, agradeço por compreenderem as faltas, os estresses, mas também as alegrias. Enfim, por sempre fazerem parte da minha vida.

É bem verdade que a avaliação muitas vezes contribui para conhecer cenários ruins, mas também é verdade que amplia o conhecimento do fenômeno estudado e é um importante impulsionador de mudanças.



ALMAHNOUD, Khaled Azevedo Nour Almahnoun. **Vigilância Epidemiológica do HIV/aids: Uma Análise de Implantação nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em Pernambuco.** 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

## RESUMO

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são serviços de diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST), especialmente de HIV, sífilis e hepatites virais. Em Pernambuco, do total de diagnósticos de HIV realizados no ano de 2015, ocorreram nos CTA 61,8% na população geral e 57,8% em gestantes. A multiplicidade de formas dos CTA e os notáveis problemas da Vigilância Epidemiológica (VE) motivaram a realização desta análise de implantação. Para tanto, foram elaborados: um modelo lógico; uma matriz de análise e julgamento, com os escores: *implantada* ( $\geq 80\%$ ); *parcialmente implantada* (79 a 60%); *insatisfatória* (59 a 40%); e *não implantada* ( $< 40\%$ ); e uma matriz de contexto, com um questionário semiestruturado a partir das bases do “Triângulo de Governo de Matus”, classificando o contexto, como: *favorável* ( $> 66,6\%$ ); *pouco favorável* ( $\leq 66,6\%$  a  $> 33,3\%$ ); e *não favorável* ( $\leq 33,3\%$ ). Os resultados demonstraram que as ações de VE, obtiveram níveis de implantação *insatisfatórios*, tanto no geral (51,5%), quanto nos dois componentes analisados (Organização 51,4% e Processo de Trabalho 51,7%). Quanto ao contexto organizacional, as três categorias do triângulo “Matusiano” foram *pouco favoráveis* à implantação das ações de VE nos CTA, o que ratifica a interdependência entre os seus vértices e a coerência entre os aspectos observados na conjuntura e o nível de implantação das ações de VE. Concluindo, o presente estudo evidenciou que o contexto tem influenciado na vigilância do HIV/aids nos CTA. Além disso, a multiplicidade organizacional, sofrida ao longo dos anos, têm distanciado os CTA de sua principal missão “Atividades de Prevenção e Vigilância das IST”, apontando a necessidade de investimentos na reestruturação desses serviços.

**Descritores:** Avaliação em Saúde. Vigilância Epidemiológica. HIV. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Serviços de Diagnóstico.

ALMAHNOUD, Khaled Azevedo Nour Almahnoun. **Epidemiological Surveillance of the HIV/aids: An Analysis of the Implantation in Testing and Counseling Centers (TCC) in Pernambuco.** 2017. Dissertation (Master in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

### ABSTRACT

The Testing and Counseling Centers (TCC) are diagnostic services for sexually transmitted infections (STI), especially HIV, syphilis and viral hepatitis. In Pernambuco, of the total HIV diagnoses performed in 2015, 61,8% of the general population and 57,8% of pregnant women occurred in TCC. The multiplicity of TCC forms and the notable problems of Epidemiological Surveillance (ES) motivated this analysis of the implantation. Therefore, were elaborated: a logical model; a matrix of analysis and judgment, with scores: *implanted* ( $\geq 80\%$ ); *partially implanted* (79 to 60%); *unsatisfactory* (59 to 40%); and *not implanted* ( $< 40\%$ ); and a context matrix, with a semi-structured questionnaire based on the "Matus Government Triangle", classifying the context as: *favorable* ( $> 66,6\%$ ); *little favorable* (66,6% to  $> 33,3\%$ ); and *not favorable* ( $\leq 33,3\%$ ). The results demonstrated that ES actions achieved *unsatisfactory* levels of implantation, both in general (51,5%) and in the two components analyzed (Organization 51,4% and Work Process 51,7%). About the organizational context, the three categories of the "Matusian" triangle were *little favorable* to the implantation of ES actions in the TCC, which ratifies the interdependence between its vertices and the coherence between the observed aspects in the conjuncture and the level of implantation of the actions of ES. In conclusion, the present study demonstrated that the context has influenced the surveillance of HIV/aids in TCC. In addition, the organizational multiplicity suffered over the years has distanced the TCC from its main mission "Prevention and Surveillance Activities of STI", pointing out the need for investments in the restructuring of these services.

**Keywords:** Health Evaluation. Epidemiological Surveillance. HIV. Sexually Transmitted Diseases. Diagnostic Services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> - Tipologias de Análise de Implantação.....	<b>42</b>
<b>Figura 1</b> - Triângulo de Governo de Matus.....	<b>46</b>
<b>Figura 2</b> - Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA, segundo Município, Macrorregião de Saúde e Região de Saúde. Pernambuco, 2016 .....	<b>47</b>
<b>Quadro 2</b> - Escores para Classificação do Nível de Implantação (CNI) das Ações de Vigilância Epidemiológica nos CTA, em Pernambuco.....	<b>51</b>
<b>Quadro 3</b> - Tercis para Classificação do Contexto Organizacional (CCO) da Implantação das Ações de Vigilância Epidemiológica nos CTA, em Pernambuco....	<b>51</b>
<b>Quadro 4</b> - Objetivos, métodos, técnicas utilizadas e produtos obtidos do estudo avaliativo. Pernambuco, 2017 .....	<b>53</b>
<b>Figura 3</b> - Modelo Lógico (ML) Simplificado de VE às IST/aids/HV nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). .....	<b>58</b>

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Número de casos reagentes para o HIV diagnosticados nos CTA, número e percentual de casos de HIV/aids (gestantes, adultos e crianças) notificados no Sinan por esses serviços, e municípios participantes das etapas de validação do modelo lógico (ML) e da matriz de análise e julgamento (MAJ) para os CTA. Região Metropolitana de Recife (RMR), PE, 2015-2016 .....**49**
- Tabela 2.** Classificação do Nível de Implantação (CNI) das Ações de Vigilância Epidemiológica (VE), por Componente e Subcomponente, nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR) e de municípios sedes de Macrorregião de Saúde (MR), participantes desta pesquisa. Pernambuco, 2017 .....**68**
- Tabela 3.** Classificação do Contexto Organizacional (CCO), por Categoria de Análise e Critério Avaliado, nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) dos três municípios selecionados da Região Metropolitana do Recife (RMR) e dos municípios sedes de Macrorregião de Saúde (MR), participantes desta pesquisa. Pernambuco, 2017 .....**70**
- Tabela 4.** Relação dos resultados identificados no contexto organizacional com o nível de Implantação das ações de vigilância epidemiológica do HIV/aids nos CTA participantes neste estudo. Pernambuco, 2017 .....**81**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica  
ADT – Assistência Domiciliar Terapêutica  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
APS – Atenção Primária em Saúde  
ARV – Antirretrovirais  
CCO – Classificação do Contexto Organizacional  
CDC – Centro de Controle de Doenças  
CEP – Comitê de Ética de Pesquisa  
COAS – Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico  
CNI – Classificação do Nível de Implantação  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FMS – Fundo Municipal de Saúde  
HD – Hospital Dia  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
HSH – Homens que fazem Sexo com Homens  
HV – Hepatites Virais  
IAM – Instituto Aggeu Magalhães  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IST – Infecção Sexualmente Transmissível  
IST/aids/HV – Infecções Sexualmente Transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) e Hepatites Virais  
LOA – Lei Orçamentária Anual  
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentária  
ML – Modelo Lógico  
MTA – Modelo Teórico de Avaliação  
MR – Macrorregião de Saúde  
MS – Ministério da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde  
ONG – Organização Não Governamental  
OSC – Organização da Sociedade Civil  
PAM – Plano de Ações e Metas  
PEP – Profilaxia Pré-exposição ao HIV  
PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde  
PNR – Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde  
PPA – Plano Plurianual  
PREP – Profilaxia Pós-exposição ao HIV  
PVHA – Pessoas Vivendo com HIV e Aids  
QUALIAIDS – Sistema de Avaliação da Qualidade Organizacional dos Serviços do SUS que Prestam Assistência Ambulatorial a Pessoas Vivendo com HIV/aids  
RAG – Relatório Anual de Gestão  
RH – Recursos Humanos  
RMR – Região Metropolitana de Recife  
SAE – Serviço de Assistência Especializada  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial  
SICLOM – Sistema de Controle de Logística de Medicamentos  
SI-CTA – Sistema de Informações para os Centros de Testagem e Aconselhamento  
SIH-SUS – Sistema de informações hospitalares  
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SIREX – Sistema de Requisição de Exames Laboratoriais  
SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais  
SISLOGLAB – Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais  
SIS – Sistema de Informação em Saúde  
SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TARV – Terapia Antirretroviral  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TR – Teste Rápido  
UDI – Usuários de Drogas Injetáveis  
USF – Unidade Saúde da Família

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids  
VE – Vigilância Epidemiológica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	21
<b>3 OBJETIVO GERAL</b> .....	22
<b>3.1 Objetivos Específicos</b> .....	22
<b>4.1 Aids no Cenário Brasileiro: Da Estruturação da Assistência à Atenção às Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA)</b> .....	23
<b>4.2 Vigilância Epidemiológica do HIV/aids: Da Informação à Integração com os Serviços de Saúde</b> .....	26
<b>4.3 Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA em IST/aids/HV: Do Histórico de Estruturação dos Serviços às Atribuições</b> .....	32
<b>4.4 Avaliação em Saúde: Do Contexto Histórico à Aplicação Prática nos Programas de Saúde</b> .....	37
<b>5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	44
<b>5.1 Desenho do Estudo</b> .....	44
5.1.1 Análise de Implantação .....	44
<b>5.1.1.1 Avaliação Normativa</b> .....	44
<b>5.1.1.2 Análise do Contexto</b> .....	44
5.1.1.2.1 <i>Análise do Contexto a partir do Triângulo de Governo de Matus</i> .....	45
<b>5.2 Área do Estudo</b> .....	47
5.2.1 Seleção dos CTA/Municípios .....	48
<b>5.3 População do Estudo</b> .....	49
<b>5.4 Período do Estudo</b> .....	49
<b>5.5 Fonte e Instrumento de Coleta de Dados</b> .....	50
<b>5.6 Processamento e Análise dos Dados</b> .....	50
<b>5.7 Aspectos Éticos</b> .....	52
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	55
<b>6.1 Elaboração do Modelo Lógico da VE às IST/aids/HV no CTA</b> .....	55
<b>6.2 Análise do Nível de Implantação das Ações de VE do HIV/aids nos CTA</b> ....	59
<b>6.3 Análise do Contexto a partir do Triângulo de Governo de Matus</b> .....	68
6.3.1 O Projeto de Governo.....	71
6.3.2 A Capacidade de Governo .....	73
6.3.3 A Governabilidade do Sistema .....	76



<b>6.4 Análise da Influência do Contexto Organizacional no Nível de Implantação das Ações de VE do HIV/aids nos CTA em Pernambuco .....</b>	<b>79</b>
<b>7 CONCLUSÕES .....</b>	<b>83</b>
<b>8 RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>87</b>
APÊNDICE A - Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica às IST/aids/HV nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).....	107
APÊNDICE B - Matriz de Análise e Julgamento.....	114
APÊNDICE C - Instrumento de Coleta (Formulário Estruturado) .....	123
APÊNDICE D - Matriz de Julgamento de Contexto Organizacional .....	129
APÊNDICE E - Instrumento de Coleta (Formulário Semiestruturado).....	137
APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	144
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	146
ANEXO B - Anuência do Estudo .....	147

## 1 INTRODUÇÃO

As epidemias, com seus importantes impactos nas sociedades, são preocupações antigas no mundo. No final da Idade Média, as práticas de isolamento de doentes e quarentena de pessoas, mercadorias e navios contribuíram com a concepção de “vigilância”. No Brasil, esse processo é marcado por uma ideologia de proteção à saúde pública, visto, principalmente, através de medidas de controle de portos nos séculos XVII e XVIII e por modelos campanhistas verticais e pouco participativos de enfrentamento das epidemias de febre amarela, tifo e varíola nos séculos XIX e XX (COSTA et al., 2011; GARCIA; LABBATE, 2015).

O termo vigilância, até a década de 40 no país foi apresentado em uma concepção bastante restrita, fortemente vinculada à observação de contatos de doentes, com a vigilância epidemiológica (VE) relacionada às doenças transmissíveis. A partir do ano de 1950, quando da incorporação do acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde para o aprimoramento das medidas de controle das doenças, esse termo tornou-se mais abrangente, o que levou ao reconhecimento da VE como essencial e estratégica para a saúde pública (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

No contexto do sistema de saúde brasileiro, a VE foi oficialmente inserida na década de 70 através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) com legislação específica (Lei 6.259/75 e Decreto 78.231/76) (BRASIL, 1975, 1976). A partir de então, no cumprimento de suas funções, a VE pode permitir que o processo de produção de informação em tempo hábil torne-se uma importante ação (BRASIL, 2014a; OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Segundo Braga e Werneck (2009), Luna, Araújo e Cavalcanti (2013) e o Ministério da Saúde (2014a) a VE busca identificar ou evitar alterações nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva e possui importantes objetivos que contribuem para as ações oportunas de prevenção e controle de doenças e agravos. Portanto, é um instrumento indispensável para planejar, organizar e operacionalizar os mais diversos serviços de saúde.

As principais ações de VE descritas na literatura são: coleta, processamento, análise e interpretação de dados; investigação epidemiológica de casos e surtos; recomendação e promoção de medidas de controle; avaliação da eficácia das medidas adotadas; e divulgação de informações através de boletins, perfis

epidemiológicos ou documentos afins. Suas fontes de dados são oriundas das notificações compulsórias de doenças e agravos previstas em portarias, declarações de óbitos, registros de nascimentos, resultados de exames laboratoriais, estudos epidemiológicos, sistemas sentinelas, entre outras (BRAGA; WERNECK, 2009; BRASIL, 2014a; LUNA; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2013).

Desde o primeiro caso da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) detectada na década de 80 no país, a VE da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), assim como da aids, tem permitido conhecer o perfil epidemiológico dos indivíduos acometidos, o comportamento da doença na população e suas tendências como “heterossexualização”, “feminização”, “pauperização”, entre outras que, observadas ao longo desses anos, contribuí na construção da política de enfrentamento desse agravo à saúde (VILELA et al., 2012).

Uma importante intervenção em resposta à epidemia de aids, ainda na década de 80, foi a implantação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), os atuais Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Esses serviços realizam testagens gratuitas e confidenciais, sobretudo, para HIV, sífilis e hepatites virais B e C, bem como oferecem aconselhamento para indivíduos sob o risco dessas infecções sexualmente transmissíveis (IST) (BRASIL, 2010a; GERMANO et al., 2008; GRANGEIRO et al., 2009).

Assim, no Brasil, vários CTA foram implantados com os objetivos principais de ampliar a testagem e o diagnóstico do HIV e de outras IST, bem como de referenciar oportunamente os indivíduos infectados pelo HIV aos Serviços de Atenção Especializada (SAE) (BRASIL, 2010a; FELISBERTO et al., 2013). E, muito embora os CTA estejam ligados à rede de assistência especializada por algumas estruturas governamentais, esses serviços possuem relevante objetivo de promoção à saúde, o que pode contribuir especialmente para a prevenção primária através do estímulo à adoção de práticas sexuais seguras (BRASIL 2008; MONTEIRO et al., 2014).

Somente a partir da portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 1.271, de 06 junho 2014, que a infecção pelo HIV passou a ser de notificação compulsória para qualquer indivíduo no território nacional (BRASIL, 2014b), antes, obrigatória apenas para as gestantes e para os indivíduos com aids, ou seja, aqueles que desenvolveram um conjunto de sinais e sintomas na maior parte das vezes diagnosticados em SAE (FELISBERTO et al., 2013).

Os CTA têm prestado considerável contribuição com a VE do HIV/aids e de outras IST, especialmente, como fonte de dados e com a investigação e a descrição do perfil epidemiológico, uma vez que estão descentralizados por todo o país e as IST testadas nesses serviços são de notificação compulsória. Apesar disso, a literatura aponta que o Sistema de Informação em Saúde (SIS) nos CTA ainda apresenta importantes entraves, principalmente, quanto à sua operacionalização e gestão (BRASIL, 2008, 2013; BASSICHETTO et al., 2013; GERMANO et al., 2008; VAL; NICHIATA, 2014; VILELA et al., 2012).

Em Pernambuco, no ano de 2015, dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) demonstraram que os CTA apresentaram cobertura da testagem rápida para HIV de 61,8% na população geral e de 57,8% em gestantes (PERNAMBUCO, 2016a). Por outro lado, os estudos nacionais, inclusive os realizados no estado, salientam que o diagnóstico tardio do HIV/aids ainda é uma difícil realidade em vários seguimentos populacionais, como nos idosos, em indivíduos com tuberculose, entre outros (ABATI; SEGURADO, 2015; ALENCAR; CIOSAK, 2015; CARDOSO et al., 2007; FRANCO, 2015; MENDONÇA; LOPES et al., 2016; SILVA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2013).

No período entre 1983 a 2015, foram notificados em Pernambuco mais de 23 mil casos e 9.718 óbitos por aids, com médias anuais entre 2011 e 2015 de 1.424 casos e 583 óbitos. A maior proporção de casos notificados foi do sexo masculino (65,0%). Mas, entre 1987 – primeiro registro de caso de aids em mulheres no estado, em relação ao ano de 2015, houve um importante aumento na participação feminina, com uma razão de sexos passando de 23,1 para 1,8 homens para cada mulher com HIV/aids. A crescente participação do sexo feminino na epidemia de aids no estado corrobora com o aumento de casos notificados de infecção em gestantes/parturientes/puérperas, cuja variação cresceu 38,4% entre os anos de 2007 e 2015 (PERNAMBUCO, 2016b).

Dessa forma, as ações de VE do HIV/aids, em especial a notificação em tempo hábil de infecção pelo HIV, inclusive com informações coletadas com qualidade, entre outros ganhos, permitem monitorar o diagnóstico oportuno e são indispensáveis estratégias de prevenção e controle da morbimortalidade por HIV/aids e outras IST. De outra parte, quando não ocorrem oportunamente ou quando são realizadas com baixa qualidade, implicam em estimativas equivocadas e

interfere no objetivo central da VE, a informação para a ação (ABATI; SEGURADO, 2015; SILVA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2013).

Diante desse cenário, onde as informações de VE produzidas pelos CTA podem ser indutoras do planejamento e das ações estratégicas de controle da morbimortalidade por aids no estado de Pernambuco, especialmente atrelada ao diagnóstico precoce e oportuno torna-se necessário responder as seguintes questões:

- 1) De que maneira as ações de vigilância epidemiológica (VE) do HIV/aids estão implantadas nos CTA em Pernambuco?
- 2) Qual a influência do contexto organizacional na implantação das ações de vigilância epidemiológica (VE) do HIV/aids nos CTA em Pernambuco?

## 2 JUSTIFICATIVA

Considerando que:

- a) Os CTA são serviços estratégicos e descentralizados para a prevenção, diagnóstico e controle às IST/aids/Hepatites Virais no Brasil e em Pernambuco;
- b) No estado, até 2016, havia 33 CTA e esses foram responsáveis nesse ano pela cobertura de TR para HIV de cerca de 60% da população;
- c) Esses serviços são importantes fontes de informações, uma vez que ofertam testagem gratuita e estão direcionados, principalmente, para a população de maior vulnerabilidade.

Este estudo justifica-se pela:

- a) Necessidade de avaliar as ações de VE desenvolvidas nos CTA, visando a sua implementação e aperfeiçoamento;
- b) Escassez de estudos que avaliem a realização de ações de VE nesses serviços;
- c) Possibilidade de contribuir na reorganização do planejamento e das ações estratégicas de controle da morbimortalidade por aids e outras IST no estado de Pernambuco.

### **3 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a implantação das ações de vigilância epidemiológica (VE) do HIV/aids nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), em Pernambuco.

#### **3.1 Objetivos Específicos**

- a) Elaborar e validar um modelo lógico (ML) da VE às IST/aids/HV para os CTA;
- b) Verificar e classificar o nível de implantação das ações de VE do HIV/aids nos CTA em Pernambuco;
- c) Analisar o contexto organizacional que orienta as ações de VE do HIV/aids nos CTA em Pernambuco;
- d) Verificar a influência do contexto organizacional no nível de implantação das ações de VE do HIV/aids nos CTA em Pernambuco.

#### **4.1 Aids no Cenário Brasileiro: Da Estruturação da Assistência à Atenção às Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA)**

No início da década de 80, a síndrome da imunodeficiência adquirida ou aids, como ficou conhecida posteriormente, surge no Brasil. Os primeiros casos registrados no mundo ocorreram nos Estados Unidos da América (EUA) no final da década de 70, inclusive, onde ficou inicialmente conhecida como “câncer gay”. Na época, os meios de transmissão ainda não eram bem descritos, sabia-se apenas que acometia, sobretudo, os homossexuais (BRASIL, 2015a; CEZAR; DRAGANOV, 2014; VILLARINHO et al., 2013).

As características iniciais da aids na população brasileira, em destaque nos gays e nos usuários de drogas injetáveis (UDI), principalmente nos grandes centros urbanos, contribuíram para a postergação de políticas públicas para o seu enfrentamento em âmbito nacional, já que historicamente esses seguimentos da população foram renegados quanto aos seus mais diversos direitos, inclusive, aos de saúde (BRASIL, 2015a; SOUSA et al., 2012).

A aids ganhou rapidamente grandes proporções no Brasil, atingindo os mais diversos seguimentos da população, como os heterossexuais, as gestantes, as crianças, os idosos, entre outros. Assim, aliada à configuração instalada mundialmente de uma pandemia, essa doença torna-se um grave problema de saúde pública no país (BRASIL, 2015a; SOUSA et al., 2012).

Os estudos de Sousa et al. (2012) e Zucchi, Paiva e França Júnior (2013) ressaltam que as mudanças no comportamento sexual dos indivíduos observadas no final da década de 80, motivadas, principalmente por medo, estigma e preconceito em relação à aids, impulsionaram a programação de ações de prevenção e controle da doença, particularmente entre as tendências reveladas, como a “heterossexualização”, a “feminização” e a “interiorização”, entre outras. Contudo, especialmente na primeira década, a epidemia de aids no país foi marcada por uma reduzida sobrevida dos indivíduos acometidos, caracterizada por elevadas taxas de mortalidade e de letalidade, principalmente entre a população de adultos jovens do sexo masculino (BECK; FERREIRA; KUCHENBECKER, 2014).

Diante desse cenário, na década de 90, surgem os antirretrovirais (ARV) com os objetivos de impedir a multiplicação do vírus no organismo, evitar as doenças oportunistas e restabelecer a imunidade dos indivíduos doentes. Destaca-se o ano



de 1996, marco da terapia combinada, com a associação de no mínimo três drogas, sendo distribuída gratuitamente no Brasil (ABRÃO et al., 2014; CEZAR; DRAGANOV, 2014; VILLARINHO et al., 2013). Assim, a terapia com antirretrovirais combinados (TARV) passa a configurar um grande avanço no controle da aids no país, pois além de proporcionar importantes reduções nas taxas de mortalidade, contribuiu para a percepção da doença como de curso crônico, com a demanda de uma atenção ambulatorial rotineira e sistemática (ABRÃO et al., 2014; FIUZA et al., 2013; VILLARINHO et al., 2013).

Diante da TARV e das implicações na sua adoção, como entre outras, a necessidade de acompanhamento laboratorial de exames de células de defesa do organismo humano, os linfócitos T-CD4<sup>+</sup>, e da carga viral, surge ainda na década de 90 a necessidade de estruturação da política assistencial para o controle da aids. Estabeleceu-se, inicialmente a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) e a assistência ambulatorial e hospitalar, sendo essas através de Serviços de Atenção Especializada (SAE) e Hospital-Dia (HD), respectivamente (ABRÃO et al., 2014; VILLARINHO et al., 2013).

Villarinho et al. (2013) ressaltam que, a ADT como uma modalidade assistencial, formada especialmente por médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, busca proporcionar uma melhor qualidade de vida as PVHA. Esse fato pode ser constatado principalmente em relação à deshospitalização convencional, uma vez que em muitos os casos os indivíduos não se beneficiam mais da assistência hospitalar, mas demandam de atenção especializada.

Beck, Ferreira e Kuchenbecker (2014) destacam que a proximidade da equipe de saúde com a residência das PVHA no método ADT propicia uma adequação na adoção de práticas que promovem a saúde, especialmente pela possibilidade de tratamento adaptado, onde há maiores chances de um melhor desfecho, uma vez que os indivíduos serão vistos em seu contexto social.

Os SAE são serviços em nível ambulatorial, que se organizam para oferecer uma boa resposta em prevenção, diagnóstico e terapia da aids e outras IST. Inclusive, destacam-se como referência e contrarreferência, especialmente no monitoramento do quadro clínico e psicológico do cuidado às PVHA. No Brasil, há diversos arranjos, apresentando-se como ambulatórios gerais, de especialidades, de hospitais, ou mesmo como de assistência especializada nas IST, com ênfase em

HIV/aids (ABRÃO et al., 2014; BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012; LIMA et al., 2011).

Até o ano de 2009 no país havia 644 SAE cadastrados nos municípios com política de incentivo ao enfrentamento da aids. Esses serviços recebem recursos financeiros do MS de acordo com seu perfil epidemiológico, tipo de gestão e localização na unidade federada (VILLARINHO et al., 2013).

Em Pernambuco, no ano de 2014, havia 33 desses serviços, sendo 9 no Recife, capital do estado e município sede da I Região de Saúde. Essa detinha a maior cobertura (36,3%). As outras 11 Regiões do estado, no referido ano, possuía pelo menos 1 SAE no município sede da Região (PERNAMBUCO, 2014a).

Quanto à modalidade de assistência através de HD, no início da década de 90 a partir da necessidade de atender a uma nova configuração do cuidado à saúde mental no país, surgiu a primeira regulamentação desses serviços. Diante dessa nova realidade e da carência de se implantar uma tecnologia mais abrangente no cuidado às PVHA, o MS por meio da portaria nº 93, de 31 maio de 1994, criou no sistema de informações hospitalares (SIH-SUS) o grupo de pagamento para tratamento da aids através de HD, legitimando-a e estabelecendo parâmetros de estrutura física e operacional (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2015; VILLARINHO et al., 2013).

Para tanto, é estabelecido o HD com uma complexidade tecnológica maior que o SAE, destacando-se a estrutura e a organização com equipes profissionais qualificadas e mecanismos técnicos em nível intermediário entre a internação hospitalar e a assistência ambulatorial. Os principais objetivos são o de reduzir a necessidade e/ou o tempo médio de permanência de internação hospitalar. Além disso, o HD visa ampliar e agilizar os procedimentos diagnósticos e terapêuticos da aids e de suas intercorrências, com a atenção às diversas variações clínicas ou terapêuticas de PVHA, como entre outras, as radiografias, as biopsias, as punções e as oftalmoscopias (SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA, 2015; VILLARINHO et al., 2013).

Ressalta-se, que ao longo dos anos da epidemia de aids no país, importantes estratégias tem sido adotadas, uma delas é sem dúvida a descentralização do diagnóstico de infecção pelo HIV, o que permite sua ocorrência de forma oportuna. Quanto mais cedo o indivíduo saiba que convive com o HIV/aids, melhor será sua evolução desde que tenha a adesão ao tratamento (MARTINS et al., 2015).

Martins et al. (2015) destacam ainda que, com o diagnóstico precoce de HIV e tratamento realizado através de efetivo acompanhamento por profissionais capacitados em IST/aids/HV, com o controle da viremia no organismo dos indivíduos acometidos, é possível proporcionar uma melhor qualidade de vida às PVHA, bem como realizar o controle da doença na população em geral, já que com a carga viral em níveis não detectáveis nos exames, a transmissão desse vírus para outras pessoas é menos provável de acontecer. Apesar disso, no mundo, destacam-se, entre outros países, alguns da África, nos EUA, na Itália, na Espanha, assim como no Brasil, cerca de 60,0% dos indivíduos nunca realizaram um teste anti-HIV, o que favorece o desconhecimento da situação sorológica e aumenta a proporção de indivíduos com início do tratamento em estágio avançado da aids, conseqüentemente dificulta a recuperação e eleva as chances de morte (GRANGEIRO et al., 2014; LORETO; PEREIRA, 2012; SILVA; OLIVEIRA; SANCHO, 2013).

No cenário nacional, que também é o de Pernambuco, o diagnóstico de infecção pelo HIV está disponível em diversos serviços de saúde, para diversos públicos, especialmente nas Unidades de Saúde da Família (USF), nas maternidades que possuem programa de prevenção à transmissão vertical do HIV, nos SAE e nos CTA (ARAÚJO et al., 2014; HAAG; GONÇALVES; BARCELLOS, 2013; MARTINS et al., 2015). Entretanto, deve-se destacar que até o ano de 2012, o MS apontou que no Brasil, cerca de 20,0% das PVHA não sabiam de sua condição sorológica para o HIV/aids, assim como 26,0% das que sabiam não estavam vinculadas ao SAE, e apenas 33,0% dessas vinculadas, possuíam carga viral indetectável, demonstrando que no país, o diagnóstico precoce, bem como a adesão ao tratamento são incipientes e bastante necessários para o controle da doença (ARANTES, 2015; BRASIL, 2012).

#### **4.2 Vigilância Epidemiológica do HIV/aids: Da Informação à Integração com os Serviços de Saúde**

Desde as épocas mais remotas, o homem busca enfrentar a doença e a morte. Pode-se dizer que na história, em vários grandes momentos, doenças foram enfrentadas com medidas sanitárias, e mesmo que ainda não houvesse uma definição, destaca-se um “saber epidemiológico”. Atualmente, o homem continua

com o seu “saber epidemiológico”, só que agora, amplamente definido em literatura internacional, e que pode ser inserido em epidemiologia, que por sua vez, possui inúmeras definições e concepções (MENEGUEL et al., 2015).

Braga e Wernek (2009), Luna, Araújo e Cavalcante (2013) e Meneguel (2015) definem a epidemiologia como ciência que estuda os diferentes fatores que determinam ou que condicionam as doenças, bem como seus padrões de distribuição nas populações, procurando, sobretudo propor medidas de prevenção e controle.

O estudo de Luna, Araújo e Cavalcante (2013) revela outras importantes definições para a epidemiologia, como a de uma ciência que além de estudar o comportamento dos agravos e doenças nas coletividades, coloca-se posta a fornecer indicadores à gestão pública, subsidiando o planejamento, a administração e a avaliação das ações de saúde.

Longe de querer esgotar as inúmeras definições da epidemiologia, faz-se importante apontar que essa em sua formação histórica, como salientam Almeida e Filho (2009) revela-se em três grandes eixos de estudo: concepção clínica; base metodológica estatística; e medicina social, com seu substrato político-ideológico.

Diante de tais conceitos, o que seria a Vigilância Epidemiológica (VE)? Como poderia ser definida? No dicionário, a palavra vigilância pode ter vários significados como: ato ou efeito de vigilar ou vigiar; estado de quem está vigoil ou vigilante; atenção, zelo; diligência, cuidado; ou ainda, precaução (FERREIRA, 2010).

Assim, compreende-se como VE um conjunto de ações que, sobretudo permitem reunir informações a fim de conhecer e determinar o comportamento de agravos e/ou doenças nas populações, sendo imprescindível, para as recomendações das medidas oportunas de prevenção e controle (BRASIL, 2010a; LUNA; ARAÚJO; CAVALCANTE, 2013).

No início do século XX, realizaram-se as primeiras intervenções estatais de prevenção e controle de doenças no país, passando a VE nesse momento, orientada principalmente, a partir das bases científicas modernas, a ser vista pelas descobertas de alguns ciclos epidemiológicos de doenças infecto-parasitárias e pelos avanços bacteriológicos (BRASIL, 2010a; LUNA; ARAÚJO; CAVALCANTE, 2013).

Ainda em meados do século XX, a VE, em fase constitutiva, estava atrelada, especialmente às doenças transmissíveis, com destaque nas décadas de 50 e 60.

Na primeira, pela realização da campanha de erradicação da malária, cujas medidas, na fase de ataque, eram voltadas para o indivíduo, como o isolamento ou a quarentena. Na segunda, com o programa de erradicação da varíola, marco da institucionalização das ações de vigilância no país, do qual, destaca-se a vacinação em massa da população (BRASIL, 2010a).

Em 30 de outubro 1975, por meio da lei nº 6.259 o MS instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), regulamentado no ano de 1976, pelo Decreto nº 78.231, tornando-se obrigatória em todo território nacional, a notificação de doenças transmissíveis, sendo essas indicadas em portaria ministerial específica (BRASIL, 1975, 1976, 2010). Desde então, visando à adoção das medidas de prevenção e de controle pertinentes, foram editadas várias atualizações de portarias ministeriais com o rol nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, sendo inclusive a partir de 1998, permitido aos estados e municípios acrescentar doenças e agravos no respectivo rol de acordo com o perfil epidemiológico local (BRASIL, 2010a; SILVA; OLIVEIRA, 2014). Atualmente, encontra-se em vigor a portaria do MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2016).

Faz-se importante apontar, que o perfil demográfico e epidemiológico brasileiro tem sofrido mudanças importantes ao longo dos anos, destacam-se o envelhecimento populacional e a crescente morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e por causas externas, colocando-os, além disso, de forma relevante no escopo das atividades de VE (BRASIL, 2010a, 2015a).

Mendes (2013) ressalta que a VE no Brasil, eixo de extrema relevância no SUS, possui dimensão universal abrangendo toda a população indiscriminadamente. Como a despeito da vigilância de sangue e órgãos, entre outras, ou mesmo através de importantes atividades desenvolvidas em programas de reconhecimento mundial, como de imunizações, de DST/aids, ou ainda, de transplante de órgãos.

De outra parte, Araújo (2012), Duarte e Barreto (2012) chamam a atenção para a polarização epidemiológica brasileira, ratificando-se a mudança no perfil demográfico e epidemiológico, exigindo do setor saúde, sobretudo da VE, uma adaptação a essa nova dinâmica de morbimortalidade, caso contrário, essa que é à base do planejamento da saúde, não terá mais a oportunidade necessária.

Quanto à VE da aids, a primeira definição de caso para essa finalidade, fundamentando-se pela presença de infecção pelo HIV mais doenças indicativas de aids e/ou imunodeficiência ocorreu pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) dos

EUA em 1982. Porém, no Brasil, iniciou-se a definição de caso aids em 1987, quando da segunda revisão do CDC. Na ocasião, inclusive, o MS em 22 de dezembro de 1986, tinha acabado de instituir a portaria nº 542 referente à inclusão dessa doença no país como de notificação compulsória (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015; BRASIL, 1986; SÃO PAULO, 2012).

Vale lembrar que o CDC, principalmente na década de 90, realizou outras importantes revisões de critérios de casos de aids, inclusive definindo-se critérios por faixa de idade, como a despeito da realizada em 1998, considerada um grande avanço por aumentar a sensibilidade incluindo um marcador de imunossupressão, as células de linfócitos T-CD4<sup>+</sup>. Foram estabelecidos cortes na contagem dessas células, nos quais, o não alcance mínimo esperado para a faixa de idade define o caso de aids, como a contagem menor que 350 células/mm<sup>3</sup> entre indivíduos com 13 anos e mais (BRASIL, 2005; SÃO PAULO, 2012).

Por outro lado, no Brasil houve diversas revisões de definições de casos de aids tentando-se adequar critérios às condições de diagnóstico laboratorial e o perfil da morbidade no país, o que levou em 1992 a um critério inédito baseado em sinais, sintomas e doenças, que recebeu o nome de critério Rio de Janeiro/Caracas, uma vez que as experiências vivenciadas em serviços de saúde no Rio de Janeiro/RJ foram propostas e aceitas em reunião realizada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) com especialistas na cidade de Caracas na Venezuela (BRASIL, 2005).

Já em relação à notificação de casos de infecção pelo HIV, ou seja, nos indivíduos infectados por esse vírus, não necessariamente doentes, inicialmente foi desenhada para vigiar e agir sobre as ações de prevenção à transmissão vertical do HIV em gestantes, parturientes, puérperas e crianças expostas ao HIV, regulamentada pela portaria ministerial nº 993, de 04 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000, 2010a).

Em 2014, o MS de acordo com a necessidade de dimensionar a magnitude do HIV/aids na população brasileira, especialmente para traçar e monitorar o perfil dos indivíduos infectados, as tendências, os riscos e as vulnerabilidades, instituiu através da portaria nº 1.271, a notificação de infecção pelo HIV a qualquer indivíduo, independente de faixa etária ou sexo (BRASIL, 2014b, 2014c).

Ainda segundo o MS, a notificação de infecção pelo HIV não dispensa a notificação de aids e é obrigatória a todos os profissionais de saúde que prestam a

assistência ao paciente, devendo ocorrer em qualquer estabelecimento que realize o diagnóstico, independente de ser uma ação itinerante, respeitando os critérios de sigilo contido no artigo nº 10, da lei nº 6.259/75 (BRASIL, 1975, 2014c).

A VE do HIV/aids, assim como das outras doenças e agravos de notificação compulsória, precisa ocorrer em tempo hábil e de forma fidedigna. Oficialmente no país, utiliza-se o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) para a notificação dos casos e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) para o registro e investigação dos óbitos por HIV/aids (BRASIL, 2010a).

Ressalta-se, que a VE do HIV/aids possui sistemas de informação próprios que também realizam o controle da morbidade, como o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) e o Sistema de Informações para os Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA), todos, de âmbito nacional, além do Sistema de Requisição de Exames Laboratoriais (Sirex), no estado de Pernambuco (BRASIL, 2010a; LIMA; CAMBRAIA; MURTA, 2013; SEMINÁRIO INFORMAÇÕES EM SAÚDE: CONHECER PARA OTIMIZAR A UTILIZAÇÃO, 2012).

Pode-se dizer, que os sistemas de informação sobre o HIV/aids produzem relevantes informações que subsidiam o planejamento das políticas públicas de saúde, indispensáveis ao cuidado integral às PVHA (MELO; PIMENTA; DONALÍSIO, 2016). Contudo, apenas a disponibilização desses sistemas de informação nos serviços como apontam Lopes et al. (2014) não garante a sua utilização de forma efetiva já que depende de profissionais capacitados e motivados para o preenchimento.

Melo e Pimenta (2012), Vilela et al. (2012), Taquette (2013) ressaltam em suas pesquisas, que existe ainda no Brasil um índice muito alto de variáveis ignoradas nos sistemas de informação, algumas de extrema importância para entender o comportamento da epidemia de aids no país, como a exemplo da categoria de exposição à infecção ao HIV no Sinan, apresentando-se com índices próximos a 30,0% nesses estudos.

Outro importante e recorrente problema na VE de HIV/aids é a subnotificação de casos no SIS, sobretudo no Sinan (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015; MELO; PIMENTA, 2012; MELO; PIMENTA; DONALÍSIO, 2016; SILVA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2013). De outro lado, Segurado, Cassenote e Luna (2016) ressaltam que os sistemas de informação sobre o HIV/aids, especialmente,

SIM, Siscel e Siclom através do uso de *linkage* são importantes ferramentas na redução dessas subnotificações.

Rique e Silva (2011) em pesquisa sobre as possíveis causas das subnotificações de aids no estado de Alagoas, entre 1999 e 2005, frisam que os aspectos estruturais e organizacionais dos serviços de saúde estão relevantemente associados a esses problemas no Brasil, inclusive apontam também, o próprio fluxograma do Sinan, quanto a organização do SUS como outros possíveis entraves.

Outras possíveis causas nos expressivos índices de variáveis ignoradas na notificação de casos de HIV/aids, assim como nas subnotificações apontadas nos estudos são: desinteresse do profissional de saúde em realizar a notificação de casos de HIV/aids; o atraso na investigação desses casos; a baixa qualidade na informação coletada; e o desconhecimento sorológico (CERQUEIRA, 2011; LOPES et al., 2015; SANTOS NETO et al., 2012; SILVA et al., 2015).

À vista disso, enfatiza-se que a VE é um processo sistemático e contínuo que se apresenta com atividades indispensáveis, especialmente aos serviços de saúde do SUS que desde sua implantação no país, destaca essa ferramenta como fundamental para reorganizar e reorientar os serviços, inclusive para a definição de prioridades e alocação de recursos (ALBUQUERQUE; MOTA; FELISBERTO, 2015; FLORES et al., 2015).

Posto isto, Flores et al. (2015) sublinham como atividades básicas da VE: a coleta sistemática de dados, investigação epidemiológica e notificação de casos às secretarias de saúde; compilação dos dados com análise e interpretação; instituição e implementação de medidas de controle, com tomada de decisão; e retroalimentação, com informações das medidas e resultados adotados divulgados à sociedade oportunamente.

Ao longo de três décadas de epidemia de aids no Brasil, muito se avançou em prevenção, diagnóstico e tratamento desse agravo à saúde, tendo inclusive a VE do HIV/aids papel fundamental nesses ganhos, porém essa não se realiza de forma dissociada da assistência à saúde, em particular vislumbrando a atenção integral às PVHA (MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2014).

Lopes et al. (2014) ressaltam que a efetiva atenção à saúde das PVHA depende da integração e coordenação das ações ofertadas nos serviços de saúde, destacando os mecanismos de referência e contrarreferência de forma sistemática, interdisciplinar e intersetorial, próprios do manejo desse agravo à saúde que está



atrelado, entre outros desdobramentos, sociais, econômicos, culturais e psicológicos.

#### **4.3 Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA em IST/aids/HV: Do Histórico de Estruturação dos Serviços às Atribuições**

No cenário epidemiológico de aids no Brasil na década de 80, com destaque para as regiões sudeste e sul com as maiores taxas, em 1986 o estado de São Paulo foi pioneiro quanto à obrigatoriedade de testagem para o HIV em todo sangue a ser transfundido. Essa importante iniciativa foi a grande propulsora que levou o país em dois anos mais tarde, transformar esse tipo de triagem sorológica obrigatória em todo território nacional (SANTOS; SCHOR, 2015; WOLFFENBÜTTEL; CARNEIRO JUNIOR, 2007).

Ressalta-se, que a insciência ou desconhecimento das formas de transmissão do HIV e da situação sorológica de muitos indivíduos infectados, aliados ao temor, aos riscos e a maior vulnerabilidade da população frente à aids, principalmente entre alguns segmentos populacionais, como entre outros, homossexuais e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (UDI), iniciou-se em nível nacional, entre 1987 e 1988 o fomento para a estruturação dos CTA (BRASIL, 2010a; MESQUITA FILHO; LIBÂNIO, 2013).

Os estudos do Ministério da Saúde (2010) e Mesquita Filho e Libânio (2013) salientam que os CTA surgiram para oferecer testagem gratuita para o HIV, de forma confidencial, permitindo o usuário o anonimato, uma vez que o estigma e preconceito, possivelmente seriam importantes barreiras no acesso a esses serviços. Assim, ainda no final da década de 80, os CTA começam a ser implantados com o objetivo central de ofertar o diagnóstico precoce para interromper a cadeia de transmissão do HIV (ARANTES, 2015; BRASIL, 2010a; HAAG; GONÇALVES; BARCELLOS, 2013).

Os estados pioneiros a implantarem os CTA, ambos nas capitais, foram o Rio Grande do Sul, em 1988, e São Paulo, em 1989, locais, que foram severamente afetados pela aids nesse período (BRASIL, 2015b; HAAG; GONÇALVES; BARCELLOS, 2013; WOLFFENBÜTTEL; CARNEIRO JUNIOR, 2007). No mesmo período, o MS por meio de incentivo financeiro contribuiu para a implantação de CTA em todas as regiões do país, logo, tornando-se a testagem para o HIV, assim como

o aconselhamento, importantes ações de prevenção ao HIV/aids no cenário nacional. Porém, a expansão dos CTA no Brasil ocorreu em momentos distintos e de formas diferentes (BRASIL, 2010a).

Na década de 90, até o ano de 1998 a expansão de novos CTA aconteceu, sobretudo, nas regiões sudeste e sul, com destaque para o ano de 1996 que concentrou o maior número de unidades implantadas entre esses anos. Já entre 1999 e 2000, expande-se também nas regiões norte e nordeste, mas de forma mais reduzida (BRASIL, 2010a; REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA, 2015).

Entre os anos de 2001 e 2004, com a impulsão do MS para a descentralização do diagnóstico de HIV no país, revela-se o período de maior expansão de CTA no cenário nacional, com implantação de 150 novos serviços. Ressaltam-se o Projeto Nascer Maternidades surgido em 2002, as campanhas de Fique Sabendo em 2003, e o repasse financeiro com critérios pré-estabelecidos aos estados e municípios para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle às IST/aids/HV em 2004 (BRASIL, 2010a).

Em meados da década de 2000, com a descentralização e a flexibilização de critérios de implantação de novos CTA atrelados ao recurso financeiro do MS, expandiram-se diversos outros serviços no país. Contudo, cada serviço com perfil diferente segundo a realidade local, principalmente, em áreas com elevada incidência de aids e com capacidade e potencialidade administrativa (BRASIL, 2010a).

Até o ano de 2005, 87,0% dos CTA foram descentralizados para os municípios. No entanto, quase 50,0% dos municípios com repasse financeiro do MS destinado à política de IST/aids/HV, e 85,0% dos municípios com taxas de incidência de aids de 25 pessoas para cada 100.000 habitantes, não apresentavam esses serviços até esse ano (SÃO PAULO, 2007; MESQUITA FILHO; LIBÂNIO, 2013).

Mesquita Filho e Libânio (2013) ressaltam que a implantação municipal desses serviços pode ter ocorrido, sobretudo de acordo com o interesse, a estrutura e a organização local dos municípios em disponibilizar a testagem anti-HIV para sua população. Diante dessa realidade, a descentralização municipal de CTA gerou uma diversidade de perfis entre esses serviços no país, sendo destacados pelo MS nas diretrizes no ano de 2010 quatro tipos diferentes: Básico; Assistencial; Atenção Integral; e Promoção da Saúde. Enquanto nas últimas diretrizes em 2017 foram

reduzidos para três tipos: I; II; e III, com foco nas populações-chave e prioritárias (BRASIL, 2010a, 2017a; SÃO PAULO, 2007).

Os CTA classificados como ‘Tipo I’ assemelham-se aos denominados “Básicos” nas diretrizes de 2010 (estavam dispostos em regiões pobres com rede de saúde insuficiente, principalmente no tocante à cobertura pré-natal, com as gestantes como principal seguimento). Atualmente, são ressaltados como os CTA estratégicos na ampliação do diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B e C; nas atividades preventivas, com a disponibilização de insumos de prevenção; orientações e aconselhamentos; divulgação e encaminhamentos para profilaxias e vacinas; articulação com as Organizações da Sociedade Civil (OSC) para ações de prevenção e apoio à testagem; referência da descentralização dos testes rápidos (TR) para a APS, com vinculação na atenção dos casos positivos das IST; articulação com a rede laboratorial, com solicitação de exames de CD4+ e carga viral para os casos reagentes de HIV, entre outras atividades (BRASIL, 2010a, 2017a; SÃO PAULO, 2007).

Em relação ao ‘Tipo II’, esse grupo de CTA além de todas as práticas do Tipo I, predominam as atividades preventivas e assistenciais (tratamento da sífilis e outras IST; realização da Profilaxia Pré-exposição (Prep) e Pós-exposição (PEP) ao HIV; e encaminhamento para exames adicionais). Entre outras ações, ressaltam-se: apoio matricial para a Atenção Básica (AB); e trabalho de campo de redução de danos. Em comparação com as diretrizes de 2010, possui algumas características dos “CTA Assistenciais” e de “Atenção Integral” (no ‘assistencial’ predominavam as atividades para os seguimentos populacionais de maior vulnerabilidade às IST/aids/HV, principalmente indivíduos referenciados de outros serviços, mas desenvolvia poucas ações de prevenção. Enquanto o ‘integral’ apresentavam características assistenciais e preventivas, inclusive com tratamento das IST) (BRASIL, 2010a, 2017a; SÃO PAULO, 2007).

Já os CTA ‘Tipo III’ além de todas as atividades dos grupos I e II, integrando atividades preventivas e assistenciais possuem um eixo de educação permanente em saúde (EPS). Além disso, são os serviços que mais oferecem tipos diferentes de diagnósticos e tratamentos de IST. Destacam-se a estrutura laboratorial e espaço de formação em serviço. Possui bastante semelhança no grupo de Promoção da Saúde das diretrizes do ano de 2010 (com melhor estrutura física e com a maior incorporação das diretrizes nacionais de ampliação de acesso, inclusive com

atendimento noturno, alcançando os grupos em maior vulnerabilidade) (BRASIL, 2010a, 2017a; SÃO PAULO, 2007).

Das atividades essenciais dispostas nas últimas diretrizes estão, entre outras: o fortalecimento da atenção às populações-chave e populações prioritárias para a epidemia do HIV; o diagnóstico oportuno e vinculação para o tratamento de HIV/aids e para triagem e vinculação das pessoas com hepatites virais B e C; o diagnóstico e tratamento da sífilis ou referência com coparticipação, inclusive no manejo integral das demais IST; a distribuição de insumos de prevenção, com aprimoramento no acesso e no incentivo ao uso de preservativos; aconselhamentos, orientações e atividades educativas, com contribuição na construção de estratégias de educação em saúde que envolva a comunidade; a disponibilização e ampliação das profilaxias pré e pós-exposição ao HIV; articulações com a rede de saúde e de outras instituições locais, como com as Organizações Não Governamentais (ONG), universidades, escolas, entre outras; o envolvimento com a diretriz da redução de danos para o cuidado integral; o apoio matricial aos serviços de AB; e a VE, com notificação de casos de HIV/aids, sífilis e hepatites virais B e C, entre outras IST além de produção de informações para o planejamento das ações de enfrentamento das IST/aids/HV em nível local (BRASIL, 2010a, 2017a).

Em relação à produção e divulgação de informações pelos CTA, cabe ressaltar que são imprescindíveis atividades de VE, o que permite o conhecimento da população atendida para o planejamento e a avaliação das ações desenvolvidas (NASCIMENTO; SOUSA; PINTO, 2014; TOKANO; DESSUNTI, 2016). Além disso, Bassichetto et al. (2013) salientam que as informações produzidas nos CTA podem subsidiar o monitoramento do quadro de saúde, o controle de produtividade e o repasse financeiro a esses serviços, mas repercutem, sobretudo, na melhoria da qualidade à saúde. Por outro lado, revelam que os Sistemas de Informação nos CTA apresentam-se de forma bastante incipientes ou inexistentes, sendo inclusive, apontados como importantes problemas operacionais ou de gestão.

Desde 2002, no país, os CTA podem dispor do Sistema de Informação para os Centros de Testagem e Aconselhamento em Aids (SI-CTA), que tem por objetivos contribuir na organização do processo de trabalho, consolidar dados para o planejamento, facilitar a produção de indicadores com a demanda atendida e caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários. Por tais motivos, tem sido considerado nas diretrizes nacionais o principal sistema de informação nesses

serviços (BASSICHETTO et al. 2013; BRASIL, 2002, 2010, 2017a; SÃO PAULO, 2009). No entanto, Souza, Cardoso e Nahass (2011) apontam dificuldades no preenchimento do formulário do SI-CTA originadas desde o início da implantação do sistema, uma vez que alguns campos não dispuseram da devida orientação ou apresentaram-se sem a adequada especificação, o que gerou inúmeras inconsistências, registros incompletos ou mesmo incorretos, muito embora tenha existido no país a ampla divulgação dos formulários, com instruções para seu preenchimento.

Bassichetto et al. (2013) acentuam que as informações geradas no CTA apresentam problemas que, entre outros, vão desde a obtenção do dado, normatização de conceitos, capacitação profissional e a não informatização. Por outro lado, destacam tais serviços como importantes fontes de informações e, por tal motivo, é que deveriam receber maiores investimentos em tecnologia da informação, principalmente, no que diz respeito à integração de sistemas informatizados para otimizar o tempo e melhorar a qualidade da produção.

Em Pernambuco, não foram localizados estudos que revelassem o uso do SI-CTA. Por outro lado, tanto nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) disponíveis no site da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), quanto em pesquisas publicadas em relação aos dados produzidos nesses serviços no estado, verifica-se que há um sistema de informação próprio, o Sistema de Requisição de Exames Laboratoriais (Sirex), inclusive com ações e metas realizadas nos RAG de implantação e implementação no território estadual (CARVALHO, 2011; PERNAMBUCO, 2008, 2009, 2010, 2011a, 2012, 2013, 2014a; LIMA et al., 2015; SILVA, 2011).

O Sirex foi criado em 2002 para utilização nos CTA do estado, especialmente para cadastrar os usuários e os exames realizados nesses serviços, capaz de permitir a consolidação do histórico de atendimentos e facilitar a emissão de laudos com os resultados (SEMINÁRIO INFORMAÇÕES EM SAÚDE: CONHECER PARA OTIMIZAR A UTILIZAÇÃO, 2012).

Destaca-se ainda, que o Sirex está atrelado ao monitoramento e avaliação da testagem de HIV, principalmente na análise de tendências e prevalências por seguimentos populacionais, já que na ficha de cadastro possui campos de natureza sociais, epidemiológicas e clínicas, incluindo variáveis de categoria de exposição à

infecção pelo HIV (SEMINÁRIO INFORMAÇÕES EM SAÚDE: CONHECER PARA OTIMIZAR A UTILIZAÇÃO, 2012).

Em Pernambuco, os CTA são destacados centros municipais de diagnóstico e de acompanhamento do perfil de pessoas com HIV, sendo imprescindíveis na produção de informações acerca do HIV/aids (BRASIL, 2010a, 2013; FELISBERTO et al., 2013).

Felisberto et al. (2013) frisam que a análise e a disseminação das informações produzidas nos serviços de saúde, como a despeito dos CTA, fortalecem a gestão da vigilância em saúde, sendo fundamentais na garantia de acesso da população à promoção, proteção e recuperação da saúde

#### **4.4 Avaliação em Saúde: Do Contexto Histórico à Aplicação Prática nos Programas de Saúde**

Após a segunda guerra mundial, com o surgimento do “*Welfare State*”, o Estado do Bem-Estar Social que impulsionou o crescimento do sistema de proteção social a indivíduos até então não assistidos por programas de governo, destacando-se a Grã-Bretanha onde esse processo esteve intimamente relacionado com a industrialização e seus decorrentes problemas sociais, sobretudo nas áreas de saúde, educação e direitos sociais, surge o conceito de avaliação dos programas públicos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; SOCHACZEWSKI; LOBATO, 2014).

Contandriopoulos et al. (1997) salientam que o Estado substituindo o mercado e desempenhando principalmente nas áreas de saúde, de educação, do emprego e do social estimulou a expansão dos processos avaliativos, sendo os economistas pioneiros no desenvolvimento de métodos para a análise de vantagens e custos dos programas públicos. Contudo, tais métodos logo se revelaram insuficientes, especialmente aplicados aos programas sociais e à educação.

Na década de 70, com a redução do crescimento econômico mundial e o aumento do papel do Estado como provedor dos serviços de saúde – sendo no Brasil momento de início e desenvolvimento do movimento sanitário para a reforma na organização e na prestação da assistência à saúde nacional (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013) – ressalta-se a necessidade de melhor avaliar o sistema de saúde que possui caráter complexo e elevado custo, tornando-se indispensável o controle de recursos aplicados com acesso a todos os serviços para a preservação

da qualidade do sistema (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

É justamente entre as décadas de 70 e 80 que a avaliação de políticas e programas de saúde, no contexto nacional, começa a se desenvolver na prática acadêmica e na administração pública, inclusive traduzindo-se em importante crescimento de publicações na área, como livros de referência, enciclopédias e revistas de coleções especializadas, entre outras (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Dubois, Champagne e Bilodeau (2011) ainda apontam que é a partir de 1970 que a avaliação, utilizando novas bases conceituais e metodológicas, sobressai como um campo profissional particular e notável, provocando a criação de várias associações profissionais, com destaque para a Sociedade Canadense de Avaliação, a Associação Americana de Avaliação e a Associação Americana de Pesquisa em Educação que, juntas, possuem atualmente o maior coletivo nacional de avaliadores.

Em uma visão mais geral, os métodos e as abordagens da avaliação estão sempre em evolução, apesar de se apresentarem, até o final da década de 80, fortemente inseridos em um modelo positivista dependente de especialistas com domínio desses métodos, ainda que se revelassem insuficientes para apreender a complexidade dos problemas sociais. Em decorrência, no ano de 1989, com a publicação "*Fourth Generation Evaluation*" de Guba e Lincoln, as certezas positivistas deram lugar às dúvidas, principalmente em relação aos elementos contextuais, políticos e culturais muitas vezes ocultados (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Então, a partir da década de 90, a quarta geração da avaliação surgiu com características da abordagem responsiva construtivista, sendo um instrumento de negociação e de fortalecimento do poder. Além disso, favoreceu o diálogo, a reflexão crítica e a compreensão dos diferentes atores envolvidos no processo evolutivo, marco de uma abordagem pluralista capaz de ampliar cientificamente o espectro das ferramentas metodológicas da avaliação (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

A partir da década de 2000, com a expansão da internet, especialmente na utilização cada vez maior dos sistemas informáticos nos espaços administrativos, aumenta-se a capacidade de intercâmbios entre os atores sociais e a prática

avaliativa ganha importante ferramenta para atuar na concepção das políticas e programas públicos. Portanto, o advento da informática pode permitir a implementação da avaliação construída de forma coletiva entre todos os atores envolvidos (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Em 2008, através da portaria do MS nº 1.559 da Política Nacional de Regulação (PNR) no país foram estabelecidas a avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários do SUS. Dispositivo que foi reformulado recentemente em 2015, pela portaria ministerial nº 28, para o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), cujo objetivo central é avaliar, em suas mais diversas dimensões, os programas e as políticas de saúde com recursos financeiros provenientes do MS (BARBOSA D.; BARBOSA N.; NAJBERG, 2016; BRASIL, 2008, 2015c).

Cabe ressaltar, que o desenvolvimento rápido das tecnologias médicas e o próprio caráter complexo que o sistema de saúde possui exige fundamentar melhor as decisões sobre as políticas e programas públicos, bem como sua prestação de contas. Nesse sentido, o campo da avaliação tem-se destacado como importante atividade de captação, análise, interpretação e comunicação de informações sobre o funcionamento e a efetividade desses programas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Afinal, como pode ser definida a avaliação em saúde? Há diversas definições na literatura, aqui não se pretende esgotá-las tampouco criar novos conceitos. Porém, com base em algumas referências nesse campo de estudo, pode-se entender a avaliação como um processo de julgamento, de apreciação das práticas sociais – incluindo as políticas e os programas públicos – através de métodos cientificamente válidos e socialmente capazes de envolver seus diferentes atores, visando, sobretudo, a melhoria social (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; CHAMPAGNE et al., 2011a; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; SANTOS; CRUZ, 2014; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Quanto aos objetivos de uma avaliação, podem ser inúmeros, inclusive como ressalta Figueiró, Frias e Navarro (2010) podem ser oficiais ou “oficiosos”, explícitos ou implícitos, e até mesmo consensuais ou conflitantes, mas no geral, buscam apoiar o planejamento e a elaboração de uma intervenção, subsidiá-la com informações oportunas, determinando os seus efeitos e visando, principalmente, uma decisão ajustada para o bem-estar coletivo.



Os objetivos da avaliação são conduzidos por quem formula a pergunta. Quando se trata de um gestor, esse pode estar ligado à obtenção de resultados ou o aperfeiçoamento de uma intervenção; quando se trata de um pesquisador, o objetivo pode ser a produção do conhecimento, que geralmente só terá uso de médio em longo prazo; já quando a pergunta parte de um usuário, pode ser a prestação de contas dos serviços ofertados. Por outro lado, não são todas as vezes que os objetivos são socialmente legítimos e esperados. Podem ocorrer avaliações, principalmente por parte dos gestores dos setores públicos, para retardar a tomada de decisão, para aumentar o controle sobre a intervenção, ou mesmo apenas para satisfazer exigências de organismos financiadores (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Para avaliar as políticas e programas Contandriopoulos et al. (1997), explicitam dois tipos de estudos avaliativos: 1) avaliação normativa, que consiste realizar um julgamento a partir de normas sobre uma intervenção, verificando atuações quanto à organização, atividades realizadas e resultados atingidos, geralmente realizados por pessoas envolvidas no programa; e 2) pesquisa avaliativa, que também é um processo de julgamento, contudo, apresenta diversas abordagens de análises e diversos tipos de métodos científicos, na maior parte das vezes necessitando de avaliadores externos.

A avaliação normativa é realizada através de normas e padrões estabelecidos com foco em comparar o respeito às normas e critérios com os resultados ou efeitos da intervenção, sendo sistematizada na tríade: estrutura, processo e resultado; já a pesquisa avaliativa está disposta em uma perspectiva analítica, sobressaindo uma melhor relação com o contexto, levando-se em conta o problema da intervenção, os seus objetivos, suas atividades, os recursos empregados, entre outras questões (BROUSSELLE et al., 2011; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Contandriopoulos et al. (1997) classificam as pesquisas avaliativas em seis tipos: análise estratégica; análise lógica; análise da produtividade; análise do rendimento; análise dos efeitos; e análise de implantação, sendo esta última, a abordagem metodológica deste estudo.

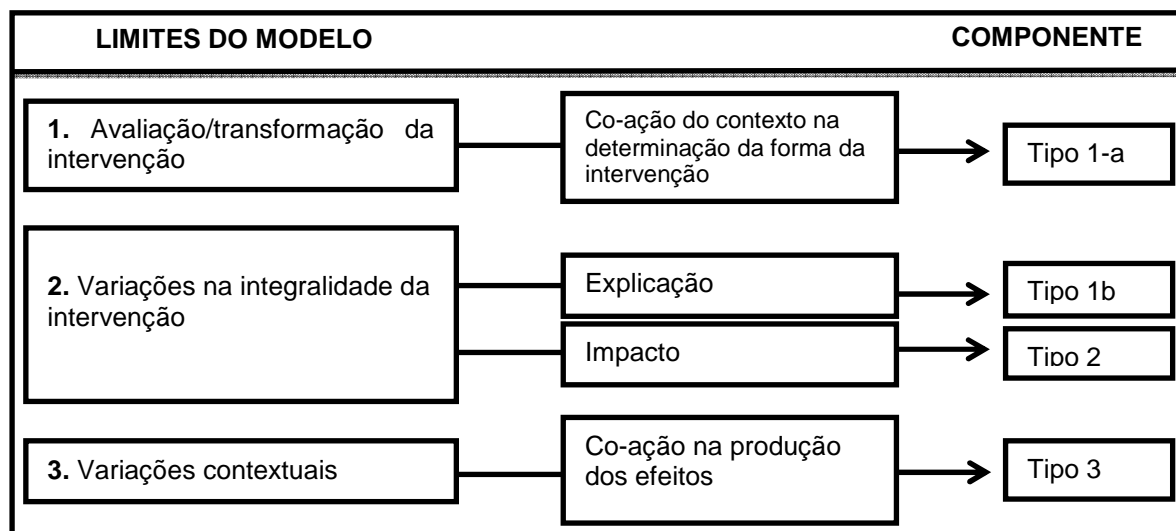
Faz-se importante ressaltar que outros autores, como Brousselle et al. (2011) ou Vieira-da-Silva (2014) apontam outros tipos de abordagens ou mesmo outras nomenclaturas para as pesquisas avaliativas, como a exemplo da avaliação econômica ou avaliação de qualidade, demonstrando a pluralidade de métodos e de

possibilidades para a avaliação das políticas e programas públicos, especialmente para o sistema de saúde.

Quanto à análise de implantação, Viera-da-Silva (2014) e Sousa, Santos e Frias (2014) trazem em seus estudos, que nessa abordagem metodológica investigam-se as relações entre a implantação, os efeitos e os contextos que a intervenção está inserida, cujo objetivo central é estabelecer em que medida está sendo implantada de acordo como foi desenhada. Além disso, ressaltam que a implantação de uma política ou programa de saúde conforma-se à sua apropriada operacionalização.

Champagne et al. (2011b) apontam que as intervenções visam mudanças. Contudo, entre outras características, a complexidade de uma intervenção ou mesmo seu mérito, variam muito e em uma visão geral, pelo menos metade das tentativas de instauração de mudanças não produzem resultados esperados ou mesmo não são adequadas. Por vezes essas instaurações são bem sucedidas e, apesar de estarem entre as duas possibilidades, esses autores acreditam que há uma tendência ao fracasso, já que as mudanças nas organizações, quando ocorrem, requerem bastante trabalho e muitas vezes são decididas e não implantadas.

Ressalta-se, que a análise de implantação tem por objetivo responder a quatro grandes categorias de perguntas: avaliação das necessidades e das factibilidades da intervenção; planejamento e concepção do programa ou política; operacionalização; e aperfeiçoamento do programa ou política. Para isso, dispõe-se de algumas tipologias de análise de implantação (Quadro 1). As análises de tipos 1a e 1b procuram compreender as variações na forma da intervenção, nessa ordem, a primeira em uma visão geral olha o processo, procurando explicar ou identificar as causas da transformação da intervenção e a segunda visa esclarecer a diferença entre como a intervenção foi desenhada e como está implantada. Nas análises de tipos 2 e 3, o objetivo central é explicar os efeitos observados, sendo a do tipo 2 para avaliar os impactos de uma intervenção e a 3 para explicar as relações entre o contexto, as variações na implantação e os efeitos trazidos por essa intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011b).

**Quadro 1 - Tipologias de Análise de Implantação.**

Fonte: BROUSSELE et al. (2011)

Para representar a teoria de um programa de saúde ou a sua operacionalização, o modelo lógico (ML) é uma ferramenta importante (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; CHAMPAGNE et al., 2011c).

A teoria do programa pode ser considerada de duas formas: 1) causal, quando o seu objetivo é explicar as relações entre a intervenção, a implementação e os resultados; e 2) normativa ou prescritiva, quando se volta a definir a imagem-objetivo da intervenção (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Vieira-da-Silva (2014) aponta que diante das possibilidades de dimensionar as teorias de um programa, dois tipos de ML podem contribuir com a avaliação: modelo lógico causal; e modelo lógico da intervenção. Dependendo da sua construção, os ML estão divididos em três variantes: 1) teóricos, causal e de intervenção, conforme descritos na literatura especializada; 2) causal e da intervenção, de acordo como constam nos documentos do programa; e 3) da intervenção operacionalizado na prática.

Champagne et al. (2011c) ressaltam que o programa ou a política de saúde, em um determinado meio, é configurado em um sistema organizado de ação, dividindo-se em: agentes, seus atores; estrutura, os recursos e as regras; processos, atividades desenvolvidas; e um objetivo, ou seja, o processo de ação que está direcionado a atingir, entendendo que ação é o produto de longas cadeias causais, relacionando-se com as estruturas, com os processos e com os resultados.

Depois de realizar o ML é importante validá-lo e, para tanto, Bezerra, Cazarin e Alves (2010) ressaltam que se deve fazer a checagem dos componentes, o teste de consistência e a análise de vulnerabilidade. Com os atores envolvidos, na checagem dos componentes, analisam-se e sugerem-se alterações em cada elemento do modelo, a fim de deixá-lo mais completo. Em seguida, no teste de consistência, a partir de hipóteses, descreve-se uma série de assertivas, e por fim, na análise de vulnerabilidade, identificam-se, dentre os fatores contextuais, as possíveis invalidações e eventuais fragilidades na estruturação do modelo.

Dessa forma, a modelização das políticas e programas de saúde, para além do direcionamento correto das perguntas avaliativas, é essencial para atribuir os efeitos a mecanismos específicos, sendo ferramenta indispensável em um importante passo do processo avaliativo: a tomada de decisão (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; CHAMPAGNE et al., 2011c; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

## **5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **5.1 Desenho do Estudo**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de análise de implantação do componente tipo 1b, que tem por objetivo explicar a diferença entre a intervenção da forma que foi planejada e de como está sendo realizada ou implantada (CHAMPAGNE et al., 2011b).

#### **5.1.1 Análise de Implantação**

A análise de implantação, segundo Champagne et al. (2011b) é o estudo que aprecia a intervenção durante sua implementação, verificando o modo como essa provoca mudanças no seu contexto, inclusive identificando a influência desse contexto, delimitando melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção. Para contemplar essa abordagem metodológica, o presente estudo foi dividido em duas etapas: avaliação normativa; e análise de contexto.

##### **5.1.1.1 Avaliação Normativa**

Com base no estudo de Donabedian (2003), no qual, propõem-se um modelo conceitual a partir da observação da relação entre os componentes da estrutura (recursos e instrumentos utilizados), do processo (atividades e serviços prestados) e dos resultados (efeitos produzidos) para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, utilizando-se neste estudo apenas as dimensões estrutura e processo, foi elaborado um modelo lógico (ML) da VE do HIV/aids no CTA (Apêndice A), em seguida uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) de indicadores (Apêndice B), validados com os *stakeholders* (atores interessados nesta avaliação), a partir dos quais, elaborou-se um questionário estruturado (Apêndice C).

##### **5.1.1.2 Análise do Contexto**

O contexto pode ser entendido como o ambiente onde a intervenção está inserida e está relacionado com fatores epidemiológicos, políticos, econômicos, ambientais, entre outros, que podem produzir impactos sobre as ações e serviços de saúde e, que geralmente, não são passíveis de manipulação pelos programas de saúde. Portanto, analisar o contexto organizacional da intervenção é imprescindível para ter um reflexo de sua concepção (ROCHA; FIGUEIRÓ; CARDOSO, 2015).

Com fundamento nos estudos de Rocha, Figueiró e Cardoso (2015), Sivini, Vidal e Vanderlei (2015) e Mendonça, Vanderlei e Mendes (2016) foi elaborada uma Matriz de Julgamento de Contexto Organizacional (Apêndice D), utilizando-se as bases teóricas do Triângulo de Governo de Matus. A partir dessa matriz, elaborou-se um questionário semiestruturado (Apêndice E).

#### *5.1.1.2.1 Análise do Contexto a partir do Triângulo de Governo de Matus*

Quanto às bases teóricas do Triângulo de Governo de Matus, envolvem-se as categorias de Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade do Sistema, que juntas conformam os vértices de um triângulo (Figura 1) (MATUS, 2006; ROCHA; FIGUEIRÓ; CARDOSO, 2015; ROSSI; CHAVES, 2015).

O Projeto de Governo (PG) é um conjunto de propostas de ações pelos dirigentes para alcançar suas metas, sendo passíveis de interferência na mudança de uma situação desejada (MATUS, 2006; ROSSI; CHAVES, 2015).

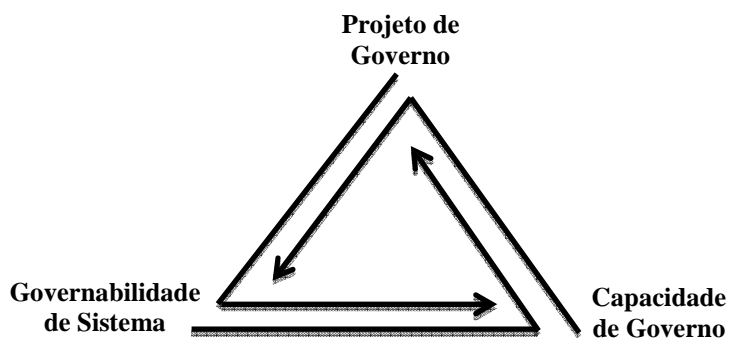
A Capacidade de Governo (CG) expressa a perícia para conduzir e superar as dificuldades ou ainda para manobrar o processo social quanto aos seus propósitos. Por sua vez, está envolvida nessa a capacidade de liderança que um ator tem, aliada às experiências acumuladas e conhecimentos em ciências e técnicas de governo (MATUS, 2006; ROSSI; CHAVES, 2015).

Já a Governabilidade do Sistema (GS), traduz-se no poder que determinado ator possui para desempenhar seu projeto, inclusive, com respaldo às demandas e exigências que o projeto de governo impõe, ou seja, é uma relação entre o peso das variáveis que o ator pode ou não controlar durante sua gestão, onde esse peso vai variar de acordo com o conteúdo do PG e com a capacidade do governante de controlá-las (MATUS, 2006; ROSSI; CHAVES, 2015).

Matus (2006) ainda destaca, que quanto menos variáveis de peso controlar um governante, menor será sua governabilidade sobre o seu projeto, e o contrário

também é verdadeiro, ou seja, quanto maior é a liberdade de ação, de governabilidade, mais variáveis decisivas esse ator controla no sistema.

**Figura 1** - Triângulo de Governo de Matus.



**Fonte:** Escola Nacional de Administração Pública (2006)

Segundo Rocha, Figueiró e Cardoso (2015) saber governar é uma arte, mas saber conduzir os processos de mudança não é pura arte, depende de conhecimento e domínio das concepções sobre os sistemas sociais. Dessa forma, a articulação constante das bases do Triângulo de Governo de Matus é indispensável.

Nesse sentido, o Triângulo de Matus, na análise de contexto de uma intervenção, proporciona um diálogo entre as teorias do campo da avaliação e o planejamento, com o objetivo, sobretudo, de identificar os grupos de variáveis que influenciam o governo na possibilidade de ser bem ou malsucedido (MATUS, 2006; ROCHA; FIGUEIRÓ; CARDOSO, 2015; ROSSI; CHAVES, 2015).

No presente estudo, para a categoria PG observaram-se as proposições de ações de VE do HIV/aids nos CTA, contidas nos manuais, diretrizes, portarias e normas técnicas dos três níveis de gestão, em conformidade com os Planos Municipais de Saúde (PMS) do período de 2014 a 2017, dos municípios com CTA participantes deste estudo. Também foram consideradas as preposições referidas pelos coordenadores desses serviços, nas entrevistas, quanto à intenção e programação dessas ações.

Em relação à CG, foram observadas as condições para conduzir o projeto de governo, como: recursos intelectuais e materiais empreendidos; e experiências e habilidades dos coordenadores dos CTA e de suas equipes técnicas para realizar as ações de VE do HIV/aids nesses serviços.

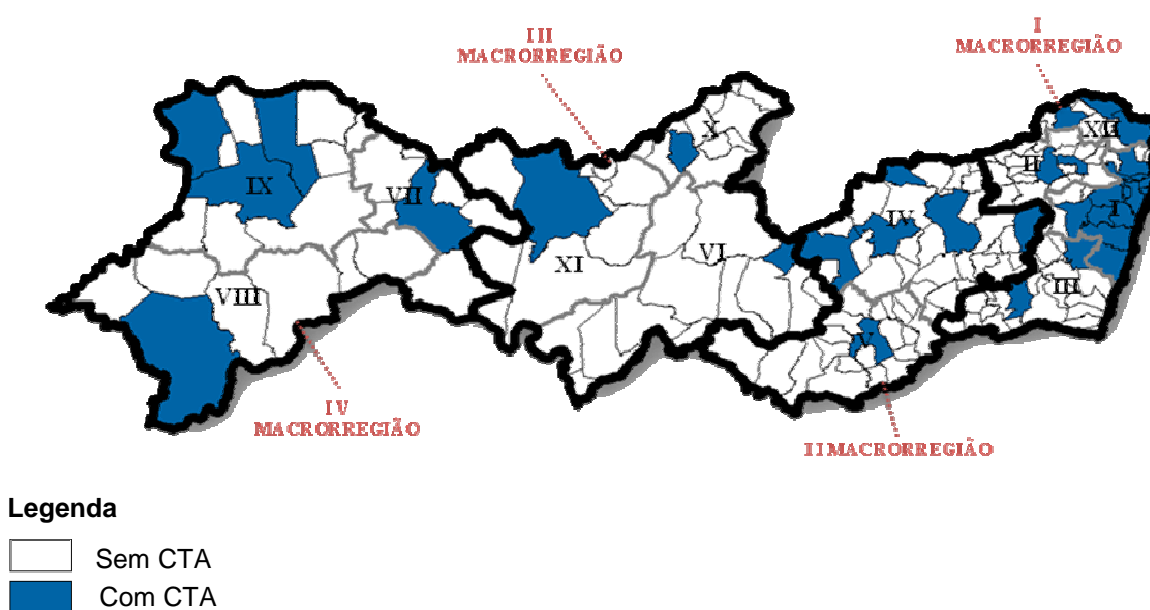
Já para a GS, foram observadas as relações interpessoais e institucionais dos coordenadores dos CTA, ou seja, a autonomia para resolução de problemas relacionados à VE do HIV/aids nesses serviços.

As entrevistas com os *stakeholders* que aceitaram participar do estudo, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice F), foram gravadas e os conteúdos foram transcritos e avaliados.

## 5.2 Área do Estudo

O estado de Pernambuco, situado na Região Nordeste do Brasil, é composto por 184 municípios mais um distrito estadual, o arquipélago de Fernando de Noronha. Possui área territorial de 98.076,021 km<sup>2</sup> e uma população de 9.410.336 habitantes no ano de 2016, distribuídos em 4 Macrorregiões e 12 Regiões de Saúde (IBGE, 2017a; IBGE, 2017b). Em 2016, segundo a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2016d), havia 33 municípios com um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), pelos menos um em cada Região de Saúde (Figura 2).

**Figura 2** - Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA, segundo Município, Macrorregião de Saúde e Região de Saúde. Pernambuco, 2016



**Fonte:** Pernambuco (2016)



### 5.2.1 Seleção dos CTA/Municípios

Neste estudo, optou-se por estudar CTA selecionados da RMR e dos municípios sede das quatro Macrorregiões de Saúde do estado. A RMR foi escolhida por apresentar o maior percentual de CTA em funcionamento, com 31,3% em 2016 (PERNAMBUCO, 2016e), além de ser a região pioneira no estado a oferecer esse serviço de saúde e com a maior concentração de casos de aids notificados no Sinan, cerca de 75,0% do total, em 2014 (PERNAMBUCO, 2014b). Já a escolha dos municípios sedes das Macrorregiões ocorreu para contemplar de forma mais ampla à avaliação dos perfis de CTA no interior do estado.

Assim, realizou-se o cruzamento do banco de dados do Sinan e dados da planilha interna de controle de Teste Rápido (TR) do Programa de IST/aids/HV da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS-PE) na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE). Do Sinan, foram utilizadas as notificações dos anos de 2015 e 2016 de casos de gestantes com HIV e dos casos de HIV e aids (adultos e crianças). Da planilha de TR, do ano de 2015, utilizaram-se as variáveis de identificação dos indivíduos (nome, nome da mãe, data de nascimento, sexo e endereço de residência) e as variáveis de diagnóstico e de identificação dos serviços, para verificar o quantitativo de TR para detecção de HIV realizados por cada unidade, o quantitativo de testes reagentes para o HIV, bem como o quantitativo de indivíduos com teste reagente para o HIV notificados no Sinan.

Para garantir o anonimato dos CTA/Municípios participantes, aqueles selecionados na RMR receberam, no lugar do nome, a sigla da região seguida de letras do alfabeto: (RMR-A; RMR-B etc.). Já os municípios das Macrorregiões receberam da mesma forma letras do alfabeto, mas com a abreviação de Macrorregião de Saúde (MR), ou seja, MR-A, MR-B etc.

Na Tabela 1, tem-se o resultado desse *linkage*, o qual permitiu classificar para a coleta de dados (análise de implantação e de contexto) três CTA: o de mais baixo percentual de casos reagentes para o HIV diagnosticados nesses serviços e notificados no Sinan (município A, com 3,4%); o de médio percentual de casos reagentes (município D, com 22,6%) e o de mais alto percentual de casos reagentes (município H, com 46,0%). Utilizou-se também como critério definidor para a inclusão do município, o fato do coordenador do CTA ter participado de todas as etapas

previstas para a elaboração e validação do Modelo Lógico e da Matriz de Análise e Julgamento.

**Tabela 1.** Número de casos reagentes para o HIV diagnosticados nos CTA, número e percentual de casos de HIV/aids (gestantes, adultos e crianças) notificados no Sinan por esses serviços, e municípios participantes das etapas de validação do modelo lógico (ML) e da matriz de análise e julgamento (MAJ) para os CTA. Região Metropolitana de Recife (RMR), PE, 2015-2016

Município	Nº de Reagentes	Nº de Notificados	%	Participação na Validação	
				(ML, MAJ)	Entrevista
A	59	2	3.4	Sim	Sim
B	19	2	10.5	Não	Não
C	74	8	10.8	Não	Não
D	31	7	22.6	Sim	Sim
E	158	39	24.7	Não	Não
F	64	18	28.1	Não	Não
G	114	38	33.3	Sim**	Não
H	472	217	46.0	Sim	Sim
I	35	17	48.6	Não	Não
J	27	17	63.0	Sim*	Não

Fonte: O autor

\* Mudança deste Coordenador em seguida

\*\*Não aceitou participar da entrevista

### 5.3 População do Estudo

A população de estudo foi composta por:

- a) Coordenadores ou cargo equivalente dos CTA/Municípios selecionados;
- b) Equipe técnica dos CTA/Municípios selecionados.

### 5.4 Período do Estudo

No que diz respeito aos dados primários, o estudo foi desenvolvido entre abril e outubro de 2017. Já em relação aos dados secundários, o período de referência foi 2015 e 2016.

## 5.5 Fonte e Instrumento de Coleta de Dados

Os dados primários foram coletados pelo pesquisador principal a partir de análise documental, observação direta e entrevistas através de questionários (estruturado e semiestruturado).

Os dados secundários foram coletados do Sinan de casos de gestantes com HIV e dos casos de HIV e aids (adultos e crianças) dos anos de 2015 e 2016; e na planilha interna de controle de TR do Programa de IST/aids/HV do ano de 2015, ambos, no nível central na SEVS/PE.

## 5.6 Processamento e Análise dos Dados

Para a análise e classificação do Nível de Implantação (NI) das ações de VE do HIV/aids nos CTA em Pernambuco, tanto na análise das dimensões unitárias dos serviços, quanto na dimensão global desses, realizou-se a soma dos indicadores da pontuação observada (PO) em relação a pontuação máxima esperada (PME) dos componentes Organização do Serviço e Processo de Trabalho. Calculando-se a implantação através das seguintes fórmulas:

a) Dimensão Unitária:

$$\text{CNI (DU)} = \frac{\sum \text{PO (OS)} + \sum \text{PO (PT)}}{\sum \text{PME (OS)} + \sum \text{PME (PT)}} * 100$$

b) Dimensão Global:

$$\text{CNI (DG)} = \frac{\frac{\sum \text{PO DU (1)} + \sum \text{PO DU (2)} + \sum \text{PO DU (3)} + \sum \text{PO DU (4)} + \sum \text{PO DU (5)} + \sum \text{PO DU (6)}}{6}}{\frac{\sum \text{PME (1)} + \sum \text{PME (2)} + \sum \text{PME (3)} + \sum \text{PME (4)} + \sum \text{PME (5)} + \sum \text{PME (6)}}{6}}} * 100$$

Onde: CNI = Classificação do Nível de Implantação; DU = Dimensão Unitária; DG = Dimensão Global; PO = Pontuação Observada; PME = Pontuação Média Esperada; OS = Organização do Serviço; e PT = Processo de Trabalho.

Posteriormente, com base no estudo de Pereira et al. (2013), consideraram-se os seguintes escores para determinar a implantação:

**Quadro 2** - Escores para Classificação do Nível de Implantação (CNI) das Ações de Vigilância Epidemiológica nos CTA, em Pernambuco.

ESCORES	CLASSIFICAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO	
≥ 80%	Implantada	●
79 a 60%	Parcialmente Implantada	●
59 a 40%	Insatisfatória	●
< 40%	Não Implantada	●

Fonte: O autor

Para a análise do contexto, atribuíram-se pontos para as categorias do Triângulo de Governo de Matus: Projeto de Governo; Capacidade de Governo; Governabilidade do Sistema e, com a comparação em cada uma dessas, do total de pontos observados (PO) em relação à pontuação máxima esperada (PME), através da seguinte fórmula:

Contexto =	$\frac{\sum \text{PO (categoria de análise)}}{\sum \text{PME (categoria de análise)}} \times 100$
------------	---

Em seguida, com base no estudo de Vieira-da-Silva et al. (2007) foram estabelecidos pontos de corte em tercís para determinar o contexto:

**Quadro 3** - Tercís para Classificação do Contexto Organizacional (CCO) da Implantação das Ações de Vigilância Epidemiológica nos CTA, em Pernambuco.

TERCIS	CLASSIFICAÇÃO DO CONTEXTO	
>66,6%	Favorável	●
≤ 66,6% a > 33,3%	Pouco Favorável	●
≤ 33,3%	Não Favorável	●

Fonte: O autor

Por fim, o contexto organizacional observado foi confrontando com o NI das ações de VE do HIV/aids, analisando-se os aspectos organizacionais que influenciaram no NI. Para essa operacionalização, a síntese dos resultados dos componentes do NI e das categorias do contexto foram organizados em uma tabela que permitisse essa relação, conforme descrito nos resultados.

O Excel 2010 foi o *software* utilizado neste estudo para a digitação do banco de dados e para a construção de tabelas organizadas para a apresentação dos resultados da análise normativa de implantação e do contexto.

Para uma melhor compreensão do processamento e análise dos dados, no Quadro 4, foram resumidos os objetivos e os percursos metodológicos, com as técnicas utilizadas, inclusive com os produtos obtidos de cada ação.

### **5.7 Aspectos Éticos**

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto Aggeu Magalhães (CEP IAM), aprovado em 22/11/2016 sob o nº na Plataforma Brasil (PlatBr) 1.874.825 e Registro no CAEE: 62224916.1.0000.5190 (Anexo A), em consonância com os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicitou-se a carta de anuência à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) (Anexo B) para utilização dos dados secundários, e os voluntários entrevistados, participaram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice F).

Como principal benefício deste estudo, os resultados serão disponibilizados para as Secretarias de Saúde dos municípios participantes, para a SES-PE e MS, bem como divulgados por meio de artigos científicos, congressos e outros fóruns científicos, para que possam subsidiar a melhoria na VE às IST/aids/HV, especialmente nos CTA.

**Quadro 4 - Objetivos, métodos, técnicas utilizadas e produtos obtidos do estudo avaliativo. Pernambuco, 2017** (Continua)

OBJETIVOS	MÉTODOS	TÉCNICAS UTILIZADAS	PRODUTOS OBTIDOS
Elaborar e validar um modelo lógico (ML) do componente de VE do HIV/aids nos CTA.	A. Modelagem do componente da VE de HIV/aids.	A. Pesquisa documental utilizando a ferramenta de busca do Google® e o site do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do MS, com análise de normas e diretrizes dos CTA e de VE do HIV/aids para a elaboração de um ML a ser proposto em reunião com os <i>stakeholders</i> .	A. Modelo lógico de VE do HIV/aids nos CTA elaborado.
	B. Construção de uma matriz de análise e julgamento (MAJ).	B. Baseando-se no ML, elaboração de uma matriz de análise e julgamento (MAJ) com indicadores, parâmetros, fontes de dados e pontuações esperadas e alcançadas de ações de VE do HIV/aids nos CTA.	B. Matriz de análise e julgamento elaborada.
	C. Validação da MAJ e do ML com os <i>stakeholders</i> .	C. Reunião com os <i>stakeholders</i> para a discussão e validação da MAJ e do ML, com os ajustes propostos nesses instrumentos de acordo com a preposição dos interessados nessa reunião.	C. Indicadores da MAJ discutidos e decididos com os <i>stakeholders</i> e ML e MAJ validados.
Verificar e classificar o nível de implantação das ações de VE do HIV/aids nos CTA em Pernambuco	A. Aplicação da matriz de análise e julgamento (MAJ) e da Matriz de Contexto Organizacional nos CTA selecionados.	A. Entrevistas com os informantes-chave, aplicando-se dois questionários (um estruturado e um semiestruturado), com gravação de áudio, observação direta e análise documental, consolidando os resultados dos indicadores na MAJ.	A. Resultados dos indicadores da MAJ consolidados.
	B. Classificação do Nível de Implantação (CNI) das ações de VE nos CTA.	B. Cálculo dos resultados obtidos na MAJ, com a determinação da CNI das ações de VE do HIV/aids nos CTA, em Pernambuco.	B. Ações de VE do HIV/aids nos CTA classificadas segundo nível de implantação.
	C. Análise da CNI das ações de VE do HIV/aids nos CTA.	C. Análise e discussão dos resultados da CNI das ações de VE do HIV/aids nos CTA, em Pernambuco.	C. Nível de implantação das ações de VE do HIV/aids nos CTA, em Pernambuco analisada.

**Quadro 4.** Objetivos, métodos, técnicas utilizadas e produtos obtidos do estudo avaliativo. Pernambuco, 2017 (Conclusão)

OBJETIVOS	MÉTODOS	TÉCNICAS UTILIZADAS	PRODUTOS OBTIDOS
Analisar o contexto que orienta as ações de VE do HIV/aids nos CTA, em Pernambuco	A. Classificação da matriz de contexto organizacional.	A. Cálculo dos resultados obtidos na matriz de contexto organizacional, com a determinação do tipo de contexto identificado a partir das categorias de análise do Triângulo de Governo de Matus.	A. Resultados das categorias de análise do triângulo consolidadas na matriz de contexto organizacional.
	B. Análise do Contexto de implantação das ações de VE do HIV/aids nos CTA, em Pernambuco.	B. Análise e discussão do contexto organizacional identificado, com base na matriz de contexto.	B. Contexto organizacional que orienta as ações de VE do HIV/aids nos CTA, em Pernambuco analisado e discutido com a literatura.
Verificar a influência do contexto organizacional no nível de implantação (NI) das ações de VE do HIV/aids nos CTA, em Pernambuco	A. Comparação do contexto organizacional, com o NI de VE do HIV/aids alcançado, por categoria de análise	A. Construção de uma tabela comparativa, com a síntese dos resultados do contexto organizacional e do NI das ações de VE do HIV/aids, por categoria de análise	A. Tabela comparativa elaborada.
	B. Análise da influência do contexto organizacional no NI das ações de VE do HIV/aids	B. Análise do quadro comparativo, confrontando-se as sínteses dos resultados do NI por categoria de análise observada do Triângulo de Governo de Matus, verificando a influência nessa relação e discutindo com a literatura.	B. Influência do contexto organizacional no NI das ações de VE do HIV/aids verificada.

Fonte: O autor

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 Elaboração do Modelo Lógico da VE às IST/aids/HV no CTA

O Modelo Lógico de CTA foi elaborado em três etapas:

- a) Primeira etapa:** realizou-se uma pesquisa documental utilizando a ferramenta de busca do Google® e o site do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do MS, para melhor compreender as diretrizes que embasam o funcionamento desses serviços com ênfase nas atividades de Vigilância Epidemiológica. Para isso, foram utilizados os termos “Vigilância Epidemiológica” e “Centro de Testagem e Aconselhamento”, buscando-se referências de 1986 (início da implantação dos CTA no país) a junho de 2017. Foram selecionados para a análise oito documentos, conforme descrito a seguir:
- Manual: Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) (BRASIL, 1999);
  - Sistema de Informação para os Centros de Testagem e Aconselhamento em aids: SI-CTA (BRASIL, 2002);
  - Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: Desafios Para a Equidade e o Acesso (BRASIL, 2008);
  - Diretrizes Para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil (BRASIL, 2010a);
  - Portaria Conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013 (BRASIL, 2013);
  - Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2014a);
  - Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014 (BRASIL, 2014b);
  - Instrução Normativa do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, de 13 de junho de 2014 (BRASIL, 2014c).
- b) Segunda etapa:** A partir da análise desses documentos formulou-se um questionário com 40 questões, divididas em 3 partes: Perfil do Coordenador e do CTA (12 questões); Educação e Informação em Saúde (12 questões); e Notificação e Investigação (16 questões). Esse instrumento, intitulado “Questionário de Estrutura e Processo das Atividades de Vigilância Epidemiológica (VE) de HIV/aids nos CTA em Pernambuco no ano 2017” foi enviado em formato *online* (Disponível em:



[https://docs.google.com/forms/d/12OroummICM\\_Ey1JZD3e9VOisW148llqgDJmoGBzjbYY/edit](https://docs.google.com/forms/d/12OroummICM_Ey1JZD3e9VOisW148llqgDJmoGBzjbYY/edit)) para 18 coordenadores de serviços (56,2% do total do estado na ocasião), que ocupavam esse cargo por no mínimo seis meses, uma vez que algumas perguntas poderiam demandar maior apropriação do funcionamento dos CTA, e lhes pedindo que suas respostas de notificação e investigação epidemiológica fossem referentes ao ano de 2015. O prazo de respostas foi de 15 dias, onde 14 dos 18 coordenadores responderam. Em seguida, com o intuito de compreender melhor algumas respostas obtidas nesse questionário, foram formuladas mais 41 perguntas, das quais, contemplaram-se questões de diagnóstico das IST, assistência às PVHA, entre outras atividades desenvolvidas nos serviços. Esse segundo questionário também foi enviado em formato *online*, intitulado “Questionário de Estrutura e Processo das Atividades de Vigilância Epidemiológica (VE) de HIV/aids nos CTA em Pernambuco no ano 2017 – complementar” (Disponível em: [https://docs.google.com/forms/d/1PbGjaTSe8N1cxgGgOtVk7Voi6lClr7QB\\_cc2IXmTX\\_c/edit](https://docs.google.com/forms/d/1PbGjaTSe8N1cxgGgOtVk7Voi6lClr7QB_cc2IXmTX_c/edit)), com prazo de 14 dias para responde-lo, onde obteve-se novamente respostas de 14 dos 18 participantes. A partir da análise desses dois questionários respondidos, foi elencado dois componentes para a elaboração do ML (Organização e Processo de Trabalho) e 12 subcomponentes (Gestão de Pessoas; Financeiro; Recursos Físicos e Materiais; Diagnóstico Sorológico das IST; Aconselhamento; Insumos de Diagnóstico e Prevenção; Atividades de Prevenção; Assistência às PVHA; Coleta, Processamento e Análise de Dados; Educação Permanente em Saúde; e Monitoramento e Avaliação). Com base nesse modelo, construiu-se uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), com 40 indicadores, com seus respectivos parâmetros e fontes de verificação.

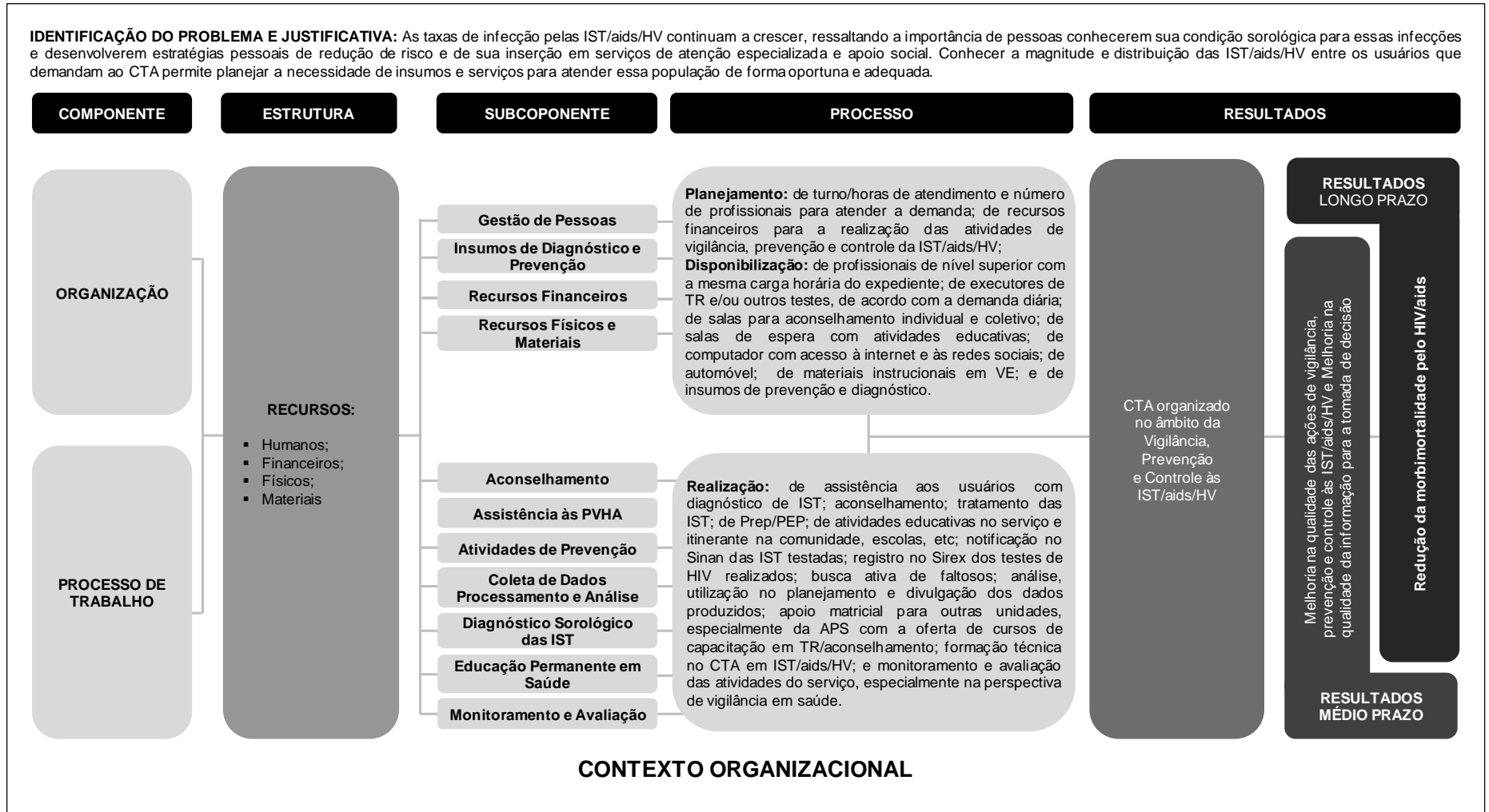
- c) Terceira etapa:** A validação do ML e da MAJ foi realizada presencialmente em uma oficina, com a participação de 6 dos 14 coordenadores de CTA que aceitaram participar desse encontro e responderam as questões em formato *online* na etapa anterior, além de um representante do Programa de IST/aids/HV da SEVS-PE. Para a operacionalização, foi entregue a cada participante um impresso com um quadro contendo, inicialmente 40 indicadores, com seus parâmetros e fontes de verificação (sugeridos a partir da análise documental ocorrida na 1ª etapa, além das respostas obtidas nos 2 questionários enviados em formato *online*). Assim, discutiu-se a consistência e validade de cada um,

ajustando-se texto, parâmetros e fontes de verificação, inclusive, excluindo-se 2 indicadores por não apresentarem a aceitação dos participantes, finalizando com 38 indicadores. Após a validação desses instrumentos, construiu-se, com base na MAJ, um questionário estruturado (Apêndice C), o qual foi aplicado em seis CTA, três localizados na RMR e três na MR conforme descrito no item 5.2.1 (Seleção dos CTA/Municípios participantes neste estudo).

O ML é uma ferramenta importante para representar a teoria e a operacionalização de um programa de saúde (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; CHAMPAGNE et al., 2011c). O ML para os CTA apesar de ter sido proposto pelo MS não contempla as ações de VE (BRASIL, 2007) e a última publicação dessa instituição para organização desses serviços reduz as ações de VE à notificação de casos (BRASIL, 2017), embora sejam os CTA importantes locais de acesso para diagnóstico das IST, principalmente para os seguimentos populacionais considerados em situação de maior risco e vulnerabilidade (Gays, HSH, trabalhadores do sexo, pessoas que usam drogas, pessoas em privação de liberdade, pessoas trans, entre outros). Em Pernambuco, a maior cobertura da testagem rápida para HIV, segundo dados do SIA-SUS de 2015, ocorreu no CTA com 61,8% na população geral e 57,8% em gestantes (PERNAMBUCO, 2016a).

Pelo exposto, o ML de VE às IST/aids/HV proposto a seguir (Figura 3 e Apêndice A), foi elaborado não só para possibilitar a avaliação deste estudo, mas colaborar com a efetividade da Política de IST/aids/HV, por explicitar a relação entre os aspectos operacionais e outros fatores que podem influenciar o alcance dos objetivos e metas do programa (HARTZ, 1997; LEEUW, 2003); e com as informações de VE, produzidas pelos CTA, uma vez que são indutoras do planejamento e das ações estratégicas de controle da morbimortalidade por aids e outras IST, especialmente atrelada ao diagnóstico precoce e oportuno. Entendendo efetividade como grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados (VIACAVA et al., 2012).

**Figura 3 - Modelo Lógico (ML) Simplificado de VE às IST/aids/HV nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).**



Fonte: O autor

## 6.2 Análise do Nível de Implantação das Ações de VE do HIV/aids nos CTA

Conforme pode ser observado na Tabela 2, o NI das ações de VE do HIV/aids entre os CTA avaliados, no geral, foi de 51,5%, *CNI insatisfatória*. E na análise por componente, os resultados não foram diferentes. O desempenho global do componente “Organização” foi de 51,4%, *CNI insatisfatória* e do “Processo de Trabalho”, foi de 51,7%, *CNI insatisfatória*.

Em qualquer nível de gestão, as informações epidemiológicas são essenciais para o planejamento das ações de prevenção e promoção à saúde. A articulação interdisciplinar com os campos da epidemiologia, das ciências sociais, da educação, da política, entre tantos outros importantes que a vigilância da saúde envolve, com ênfase, na vigilância epidemiológica, são indispensáveis seus usos em qualquer instância gerencial, especialmente no monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas nos serviços de saúde (BASSICHETTO, 2013; GUIMARÃES et al., 2017; LUNA, 2013; NASCIMENTO; SOUZA; PINTO, 2014; TOKANO; DESSUNTI, 2016;).

Para Hartz (1999), a política de saúde no nível estrutural de um programa condiciona a sua implantação, desde que haja disponível organização e tecnologia eficaz. Nesse sentido, Donabedian (1980) sublinha que a estrutura de uma intervenção ou de um programa de saúde compreende todos os recursos que se fazem necessário para proporcionar uma devida atenção à saúde. O que inclui, entre outros, recursos humanos, com mão-de-obra qualificada; recursos físicos, materiais e organizacionais; e recursos financeiros. Além disso, garantia do financiamento da intervenção.

Contribuíram negativamente para o baixo desempenho no componente “Organização”, os subcomponentes: “Financeiro”, com o menor resultado (27,8%) entre todos os subitens analisados, com *CNI não implantada*, inclusive, na maior parte dos serviços; e “Recursos Físicos e Materiais”, com desempenho de 46,9% e *CNI insatisfatória*. De outro modo, o subcomponente “Insumos de Diagnóstico e Prevenção”, com resultado geral de 70,0%, *CNI parcialmente implantada*, destacou-se entre os serviços, principalmente nos CTA RMR-H com 80,0% e MR-C com 100,0%, obtendo *CNI de implantação*.

Os recursos financeiros disponíveis fazem parte do aparato necessário para uma boa estrutura organizacional no serviço de saúde, especialmente para manter condições básicas de funcionamento (MINAYO et al., 2015). Apesar disso, muitas vezes, os gestores no âmbito das políticas de saúde específicas, como a exemplo da política de IST/aids/HV, não integram o processo de provisionamento de recursos financeiros nos municípios para, dentre outras finalidades, contemplar o PMS (principal dispositivo de planejamento que define as intenções no setor saúde baseado na análise situacional no município). E isso pode ser um importante limitador no desenvolvimento das ações de saúde (MARANHÃO, 2016; SÁ et al., 2011).

Em contrapartida, os citados autores Maranhão (2016) e Sá et al. (2011) revelam que a instrumentalização e o acompanhamento dos recursos financeiros, pelos coordenadores das políticas de saúde, tornam possível o desenvolvimento de estratégias voltadas para o alcance e a alocação de tais recursos de acordo com as necessidades dos programas e serviços de saúde.

Já em relação ao subcomponente “Recursos Físicos e Materiais”, na maior parte dos serviços avaliados, sobretudo em relação ao espaço físico, ou ambiência, como aponta o estudo de Silva et al. (2014), sobressai a importância dos CTA em adequar-se para atender a demanda, tanto em espaço físico quanto em horário de funcionamento. Mas, não apenas nesses aspectos, já que também contribuíram para o resultado negativo, a falta ou a insuficiência de equipamentos que se acredita ser fundamentais para o desenvolvimento das ações de VE às IST/aids/HV, como os computadores com acesso à *internet* e às redes sociais.

Nesse sentido, onde o CTA tem a expectativa de estimular à reflexão e a adoção de práticas de prevenção às IST/aids/HV e as redes sociais são ferramentas rápidas de interação entre as pessoas, o que permite de forma mais apropriada, especialmente ao público mais jovem criar um canal para tornar mais à vontade a discussão de suas dúvidas, deixando-os, inclusive, mais confiantes quanto à relação sexual protegida com os preservativos, a disponibilidade de internet e acesso às redes sociais são essenciais (BEBER et al., 2015; BRASIL, 2017; MONTEIRO et al., 2014; SANTOS et al., 2016).

No estudo de Silva et al. (2014) que buscou avaliar o funcionamento dos CTA no estado do Rio Grande do Norte, semelhantes aos achados deste estudo, é reforçada a essencialidade de se manter uma boa organização nesses serviços,

incluindo-se as instalações físicas e humanas, para atingir o seu objetivo de atenção de qualidade aos usuários, principalmente na perspectiva de prevenção e controle às IST/aids/HV.

Quanto aos ‘insumos de diagnóstico e prevenção’, ressalta-se que a política nacional de IST/aids/HV busca garantir os insumos de prevenção e diagnóstico em nível nacional, com a disponibilização de TR para HIV, sífilis e hepatites virais, preservativo masculino, feminino, gel lubrificante, entre outros insumos, como por exemplo, os de redução de danos para pessoas que usam drogas, o que pode ampliar na estrutura dos CTA a disponibilidade desses insumos e, por conseguinte, uma satisfatória oferta nesses serviços (BRSIL, 2017a).

Por ora, cabe sublinhar que problemas na organização de um serviço de saúde acrescidos de insuficientes recursos estruturais, como recursos humanos e materiais podem influenciar no processo de trabalho, comprometendo as atividades desenvolvidas (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; COSTA, SILVA; CARVALHO, 2011; MENDONÇA; VANDERLEI; MENDES, 2016).

Conforme já mencionado, o componente “Processo de Trabalho”, no geral obteve *CNI insatisfatória*. E nesse, o subcomponente “Diagnóstico Sorológico das IST”, com 80,0% de alcance global, *CNI implantada*, destacou-se com bom desempenho, inclusive, entre todos os CTA avaliados. Por outro lado, o “Monitoramento e Avaliação”, obteve o resultado geral de 31,5%, *CNI não implantada*, sendo o segundo menor desempenho entre todos os subcomponentes avaliados. Ademais, foi o único subitem que todos os serviços avaliados tiveram níveis críticos de implantação, *CNI não implantado* (RMR-A; RMR-D; e MR-A) e *CNI insatisfatória* (RMR-H; MR-B; e MR-C). Também se destacam com baixos resultados, *CNI insatisfatórias*, os subcomponentes: “Coleta, Processamento e Análise de Dados” (42,0%); e “Atividades de Prevenção” (44,4%).

Outras pesquisas realizadas nos CTA ratificam os achados deste estudo e apontam que a oferta de diagnóstico das IST, sobretudo das testagens para o HIV, sífilis e hepatites virais B e C, geralmente, são realizadas de forma satisfatória, inclusive, na perspectiva dos usuários (BATISTA; BAZZO, 2016; SILVA, M. et al., 2015; SILVA, R. et al., 2014).

Nessa direção, o que pode ter contribuído nos resultados desses subcomponentes é que a política brasileira de enfrentamento ao HIV/aids e outras IST tem investido em tecnologias rápidas, a exemplo dos testes rápidos (TR), para

que o diagnóstico, sobretudo de infecção pelo HIV, seja concluído em tempo hábil – passo essencial para o tratamento precoce das pessoas infectadas – obtendo, conseqüentemente, maior controle e redução da transmissão do vírus (BRASIL, 2013, 2017a). Ainda que ‘o diagnóstico tardio’ do HIV/aids continue sendo um importante problema (ALENCAR; CIOSEK, 2015; BATISTA; BAZZO, 2016; BRASIL, 2013, 2017a; LOPES et al., 2016).

Segundo Donabedian (2005), no processo de trabalho, os aspectos das atividades desenvolvidas em um serviço de saúde, com ênfase na relação mantida entre o profissional e o usuário, devem sempre ser observados, compreendidos, pois conformam a base para a valoração da qualidade prestada pelo serviço de saúde.

Nessa perspectiva, o monitoramento, para além do acompanhamento sistemático de informações para a tomada de decisão no processo de trabalho, é um passo fundamental no planejamento e na implementação de qualquer intervenção, porque permite identificar o nível de operacionalização que a intervenção encontra-se, além de ser capaz de proporcionar uma melhora contínua na gestão, trazê-la maior transparência e responsabilização, favorecendo o aprendizado aos seus integrantes e à instituição (DENIS; CHAMPAGNE; 1997; COSTA et al., 2013). E mesmo diante dessas possibilidades, o ‘monitoramento’, sobretudo, no quesito da articulação intersetorial, com a gestão partilhada entre setores, apresentou-se com baixos desempenhos.

Duarte, Felisberto e Costa (2013) em um estudo de avaliação de desempenho da VE no estado de Pernambuco, trouxeram resultados semelhantes e apontaram que o monitoramento e a avaliação é uma questão que precisa ser mais bem debatida nos serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito à sua integração e institucionalização. Já os estudos de Albuquerque, Mota e Felisberto (2013) e Sampaio et al. (2011) sinalizam para o pouco conhecimento dos profissionais nos métodos avaliativos e de monitoramento, principalmente na gestão descentralizada, ou seja, “na ponta” com os gestores locais.

Sublinha-se em relação à articulação intersetorial, que numa visão mais ampla, além da área de saúde, refere-se à forma que os setores complementam-se na perspectiva de atendimento integral à população, com vistas, sobretudo, a evitar a fragmentação do sistema (SCHUTZ; MIOTO, 2010). No campo da saúde, começou a ser bastante discutida a partir da compreensão das redes de saúde no SUS. A Estratégia Saúde da Família (ESF) na APS é um exemplo relevante de articulação

entre serviços para a implementação de suas ações, como a exemplo da articulação com a Política de IST/aids/HV, onde os CTA matricialmente possuem importante papel de descentralização nessa política (BRASIL, 2017a; DIAS et al., 2014).

Para Dias et al. (2014), sob o ponto de vista da saúde coletiva, a articulação intersetorial é imprescindível para o alcance da integralidade de atenção à saúde da população, uma vez que partilha de conhecimentos, compromissos, responsabilidades, ações, ou outras atuações entre setores, entre instâncias gerenciais, que, juntos, dedicam-se à resolução de problemas, implementação de políticas, entre outras necessidades. E, para tanto, precisa de coparticipação efetiva de gestão, com ênfase na reciprocidade.

Corroborando com os resultados deste estudo, a pesquisa de Grangeiro et al. (2009), realizada entre os anos de 2006 e 2007, com os CTA do país para avaliá-los quanto ao perfil tecnológico, a articulação intersetorial entre os CTA e a rede de saúde foi apontada como um importante entrave nesses serviços. Para esses autores, essa desarticulação contribui para a fragilidade dos mecanismos de referência e de integração com as políticas de enfrentamento da aids e outras IST.

Já em relação ao subcomponente “Processamento, Coleta e Análise de Dados”, ressalta-se que as IST testadas e diagnosticadas nos CTA avaliados neste estudo muitas vezes não são notificadas no Sinan. Além disso, não há análise epidemiológica nos serviços, com a produção de informes ou boletins epidemiológicos, razões pelas quais a maioria não planeja suas atividades a partir dessas análises epidemiológicas, do perfil dos seus usuários.

Nesse sentido, conhecer o perfil da população atendida nos serviços de saúde, com a análise epidemiológica, é essencial para planejar as atividades de prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças ou agravos. A notificação das IST no Sinan, como no caso do registro de HIV/aids ou sífilis, entre outras de notificação compulsória, tem sido uma das principais fontes de informação para o acompanhamento de suas tendências, além de subsidiar a produção de boletins ou outros documentos afins com o retrato das IST na população. Em contrapartida, as pesquisas realizadas nos CTA reforçam os resultados deste estudo, apontando que a falta de ações relacionadas à notificação de casos das IST, ou à análise dessas para, entre outras possibilidades, subsidiar o planejamento de suas atividades, são obstáculos que precisam ser vencidos (ARANTES, 2015; BARBOSA et al., 2016;



BRASIL, 2010a, 2017a; CARDOSO et al., 2007; MELO; PIMENTA, 2012; SOARES et al., 2014).

Quanto ao subitem de "Atividades de Prevenção", que inclui os aconselhamentos pré e pós-testes como as principais diretrizes no processo de trabalho dos CTA, a política nacional de IST/aids/HV reforça que esses serviços devem, além das atividades de aconselhamentos individuais e coletivos, oferecer formação de grupos para segmentos populacionais específicos; orientar sobre uso de álcool e outras drogas na concepção da redução de danos; disponibilizar insumos de prevenção e materiais instrutivos; entre outras atividades educativas, especialmente na perspectiva de ampliar e diversificar essas ações de prevenção para a comunidade, escolas e outras instituições (BRASIL, 2010a, 2017a).

Entretanto, no presente estudo o panorama das atividades de prevenção, sobretudo, na perspectiva de aconselhamentos coletivos ou orientações educativas em grupos, como a exemplo das ocorridas em sala de espera na pré-testagem às IST, é inexistente nos CTA avaliados.

Com cenário semelhante, uma pesquisa realizada com todos os CTA do estado do Rio de Janeiro apresentou que um pouco mais de 30% desses serviços realizavam aconselhamento coletivo, embora, os seus aconselhadores e os usuários considerassem a atividade muito importante (SOBREIRA; VASCONCELLOS; PORTELA, 2012).

Já o estudo de Cárdenas, Monteiro e Moreira (2014), também na perspectiva de avaliar os CTA sob a concepção dos aconselhamentos, aponta algumas fragilidades que podem influenciar a baixa adesão desses serviços aos aconselhamentos coletivos, aqui, ressaltam-se algumas que também foram observadas neste estudo, como: espaços inadequados; falta de sala; recursos humanos insuficientes, sobretudo, em aconselhadores; não acreditação ou desconhecimento na prática de aconselhamentos coletivos entre os profissionais; e a menção desses profissionais no desinteresse da população.

De outra forma, ainda no 'processo de trabalho' ressaltam-se com os melhores resultados desta pesquisa, com *CNI parcialmente implantadas*, os subcomponentes: "Educação Permanente", com 69,4%; e "Assistência às PVHA", com 68,5%. Entretanto, três serviços apresentaram-se com baixos desempenhos nesses subitens. Na 'educação', o CTA RMR-A (33,3%), com *CNI não implantada* e

o CTA MR-C (50,0%), com “*CNI insatisfatória*”. Enquanto na 'assistência às PVHA' os CTA: RMR-A e RMR-H, ambos, com 44,4% *CNI insatisfatórias*.

Os melhores resultados gerais obtidos entre os serviços avaliados com implantação das ações de VE do HIV/aids, com *CNI parcialmente implantadas* foram os CTA MR-B (67,0%) e RMR-D (64,0%).

Ressalta-se que a política de Educação Permanente em Saúde (EPS) no Brasil, como uma estratégia do SUS, numa perspectiva intersetorial, almeja mudar as práticas formativas de educação no cenário da atenção à saúde com a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004).

Nesse aspecto, as diretrizes organizacionais para o funcionamento dos CTA colocam a EPS como um eixo importante de (re)organização desses serviços, inclusive de implementação do processo de trabalho, colocando-o sempre no debate de modo que todos os integrantes possam de forma crítica e construtiva participar nessa importante estratégia (BRASIL, 2017a). Dada a complexidade das atividades com a temática de IST/aids/HV, sobretudo do aconselhamento como destaca Mora, Monteiro e Moreira (2015), a atualização das práticas na prática, tem sido necessária e indispensável. Nesse sentido, essas autoras também apontam para o aprimoramento da organização e da gestão dos CTA.

Já em relação à “Assistência às PVHA”, dentre os indicadores analisados neste estudo, aqueles referentes à temática de assistência ao indivíduo com diagnóstico de HIV ou outra IST no CTA, identificou-se um mecanismo regular de referência formal para o SAE em todos os serviços avaliados. Mas, em relação à profilaxia com antirretrovirais em situação de pré-exposição ao HIV (Prep) ou Pós-exposição (PEP), o cenário identificado foi outro, pois nenhuns dos CTA realizam esse tipo de tratamento. Dentre os serviços que funcionam integrados com o SAE, a maioria realiza a referência para um SAE que faça a profilaxia. Em contrapartida, já que os serviços não funcionam sempre juntos, CTA/SAE, essa referência não ocorre rotineiramente tanto para Prep quanto para PEP.

Nessa direção, a Política Nacional de IST/aids/HV preconiza adotar o “Tratamento como Prevenção” a fim de que até ano de 2020 90% de todas as PVHA no mundo estejam sabendo que têm o HIV; dessas diagnosticadas, 90% estejam em tratamento ininterrupto; e que 90% desse grupo esteja com supressão viral – a chamada “meta tríplice global 90/90/90”. Desta forma, para ser concretizada, tal meta apoia-se na proposta de diagnóstico e tratamento precoces, segundo protocolo

brasileiro de PEP. Nessa meta destemida, o CTA tem um papel de destaque na articulação intersetorial, sobretudo para a integralidade do cuidado às PVHA (BRASIL, 2013, 2017a, 2017b; KALICHMAN; AYRES, 2016; PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS, 2014).

Cabe sublinhar que a “Prevenção Combinada” – uso de diferentes formas de prevenção simultânea, como: a biomédica, que envolve entre outras estratégias o uso de ARV; a comportamental, com ações que, sobretudo visam o aumento da informação e a percepção de risco; e a estrutural, voltada aos fatores e condições socioculturais que influenciam a vulnerabilidade – cujo principal objetivo é ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV é o “carro chefe” das atuais diretrizes de organização e funcionamento dos CTA (BRASIL, 2017a, 2017b).

**Tabela 2.** Classificação do Nível de Implantação (CNI) das Ações de Vigilância Epidemiológica (VE), por Componente e Subcomponente, nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) em municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR) e de municípios sedes de Macrorregião de Saúde (MR), participantes desta pesquisa. Pernambuco, 2017

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	PME*	REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE - RMR						MACROREGIÃO DE SAÚDE - MR						GERAL								
			A		D		H		A		B		C		PO**	CNI***							
			PO**	CNI***	PO**	CNI***	PO**	CNI***	PO**	CNI***	PO**	CNI***	PO**	CNI***									
Organização	Financeiro	3	1	33.3%	●	2	66.7%	●	0	-	●	0	-	●	2	66.7%	●	0	-	●	0.8	27.8%	●
	Gestão de Pessoas	9	6	66.7%	●	7	77.8%	●	6	66.7%	●	2	22.2%	●	6	66.7%	●	6	66.7%	●	5.5	61.1%	●
	Insumos de Diagnóstico e Prevenção	5	3	60.0%	●	3	60.0%	●	4	80.0%	●	3	60.0%	●	3	60.0%	●	5	100.0%	●	3.5	70.0%	●
	Recursos físicos e materiais	16	5	31.3%	●	8	50.0%	●	6	37.5%	●	4	25.0%	●	10	62.5%	●	12	75.0%	●	7.5	46.9%	●
	<b>ΣPME</b>	<b>33</b>	<b>14</b>	<b>42.4%</b>	●	<b>20</b>	<b>60.6%</b>	●	<b>16</b>	<b>48.5%</b>	●	<b>9</b>	<b>27.3%</b>	●	<b>19</b>	<b>57.6%</b>	●	<b>23</b>	<b>69.7%</b>	●	<b>16.9</b>	<b>51.4%</b>	●
Processo de Trabalho	Aconselhamento	7	5	71.4%	●	5	71.4%	●	5	71.4%	●	0	-	●	4	57.1%	●	7	100.0%	●	4.3	61.9%	●
	Assistência às PVHA	9	4	44.4%	●	8	88.9%	●	4	44.4%	●	7	77.8%	●	8	88.9%	●	6	66.7%	●	6.2	68.5%	●
	Atividades de Prevenção	6	3	50.0%	●	4	66.7%	●	0	-	●	3	50.0%	●	3	50.0%	●	3	50.0%	●	2.7	44.4%	●
	Coleta, Processamento e Análise de Dados	25	10	40.0%	●	16	64.0%	●	11	44.0%	●	5	20.0%	●	19	76.0%	●	2	8.0%	●	10.5	42.0%	●
	Diagnóstico Sorológico das IST	5	4	80.0%	●	4	80.0%	●	4	80.0%	●	4	80.0%	●	4	80.0%	●	4	80.0%	●	4.0	80.0%	●
	Educação Permanente	6	2	33.3%	●	6	100.0%	●	5	83.3%	●	4	66.7%	●	5	83.3%	●	3	50.0%	●	4.2	69.4%	●
	Monitoramento e Avaliação	9	1	11.1%	●	1	11.1%	●	4	44.4%	●	1	11.1%	●	5	55.6%	●	5	55.6%	●	2.8	31.5%	●
<b>ΣPME</b>	<b>67</b>	<b>29</b>	<b>43.3%</b>	●	<b>44</b>	<b>65.7%</b>	●	<b>33</b>	<b>49.3%</b>	●	<b>24</b>	<b>35.8%</b>	●	<b>48</b>	<b>71.6%</b>	●	<b>30</b>	<b>44.8%</b>	●	<b>34.7</b>	<b>51.7%</b>	●	
<b>ΣPME</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>43.0%</b>	●	<b>64</b>	<b>64.0%</b>	●	<b>49</b>	<b>49.0%</b>	●	<b>33</b>	<b>33.0%</b>	●	<b>67</b>	<b>67.0%</b>	●	<b>53</b>	<b>53.0%</b>	●	<b>51.5</b>	<b>51.5%</b>	●	

Fonte: O autor

\*PME: Pontuação Máxima Esperada; \*\*PO: Pontuação Observada; \*\*\*CNI: Classificação do Nível de Implantação. Onde: Implantada (verde: ≥ 80%); Parcialmente Implantada (amarelo: 79 a 60%); Insatisfatória (vermelho: 59 a 40%); e Não Implantada (preto: < 40%).

### 6.3 Análise do Contexto a partir do Triângulo de Governo de Matus

O contexto político organizacional na implantação das ações de VE do HIV/aids nos CTA avaliados no estado, obteve no resultado geral *CCO pouco favorável*, com 45,0%. Também obtiveram resultado *pouco favorável* as três categorias de análise avaliadas (PG; CG; e GS), com 40,0%, 47,5% e 50,0%, respectivamente.

A partir desses resultados, ressalta-se que os lados do Triângulo de Matus projetam-se de forma direta, onde as falhas no projeto de governo repercutem na capacidade de governo e assim por diante. Mas, o contrário também é verdadeiro, acertos em um dos vértices reflete-se em resultados positivos nos outros (MATUS, 2006; MENDONÇA; VANDERLEI; MENDES, 2016).

Nessa perspectiva de interdependência entre os vértices do triângulo, os CTA/municípios avaliados apresentaram, na maior parte das vezes, as três categorias analisadas mutuamente com baixos desempenhos. Ressaltam-se os CTA/municípios MR-A e RMR-H, com os desempenhos globais de 21,0% e 31,0%, respectivamente, com os resultados mais críticos, com *CCO não favoráveis*. Inclusive, esse primeiro serviço, com exceção, da subcategoria “Articulação Intersetorial”, com 50,0% considerado *pouco favorável*, obteve resultados que salientam que uma baixa capacidade de governar leva a projetos deficientes, que por sua vez dispensa uma maior governabilidade, já que quanto menos variáveis de peso um ator governa, menor será sua governabilidade do sistema (MATUS, 2006).

De outro modo, o CTA/município RMR-D apresentou um *CCO favorável* na categoria de análise “Projeto de Governo”, com resultado de 80,0%. Além disso, foi o serviço que, no geral, obteve o melhor cenário, sobretudo na ‘capacidade de governo’, ou seja, na variável central (experiências acumuladas; conhecimentos em ciências e técnicas de governo; e capacidade de liderança) com ênfase na articulação intersetorial com *CCO favorável*, o que reforça a teoria de Matus de interação na boa capacidade de governar, principalmente na articulação com outros níveis de gestão e o aumento nas chances de desenvolver um bom projeto (MATUS, 1996; 2006).

Outras pesquisas que utilizaram as bases do Triângulo de Governo de Matus para analisar a implantação de serviços e programas de saúde, apresentam resultados gerais convergentes com os achados neste estudo, sobretudo nos

aspectos das categorias centrais (BARRETO; VIDAL; CARVALHO, 2013; PEIXOTO; CHAVES, 2013; MENDONÇA; VANDERLEI; MENDES, 2016; VASCONCELOS E FRIAS; 2017). Isso reforça a necessidade de não atribuir integralmente resultados positivos ou negativos à própria intervenção, mas de compreender melhor os fatores que interagem e influenciam na sua implementação (CHAMPAGNE et al., 2011b).

Nesse sentido, ao analisar o contexto da intervenção com base no triângulo “matusiano”, além de sublinhar a ineficácia do processo de planejamento ou do sistema de controle que os CTA encontram-se, buscou-se verificar os interesses particulares dos atores que influenciam na organização, uma vez que como sublinham os referidos autores:

Um contexto favorável à implantação e à eficácia de uma intervenção depende da abordagem política de três fatores: de um suporte importante dado à intervenção pelos agentes de implantação; do exercício, por estes, de um controle suficiente na organização para estar apto a operacionalizar e tornar eficaz a intervenção; e de uma forte coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que eles dão à intervenção e os objetivos que ali estão associados (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p. 66).

**Tabela 3.** Classificação do Contexto Organizacional (CCO), por Categoria de Análise e Critério Avaliado, nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) dos três municípios selecionados da Região Metropolitana do Recife (RMR) e dos municípios sedes de Macrorregião de Saúde (MR), participantes desta pesquisa. Pernambuco, 2017

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIA	PMA*	REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE - RMR									MACROREGIÃO DE SAÚDE - MR						GERAL					
			A			D			H			A			B		C						
			PI**	CCO***		PI**	CCO***		PI**	CCO***		PI**	CCO***		PI**	CCO***		PI**	CCO***				
Projeto de Governo	Plano de Governo	18	0	-	●	15	83.0%	●	0	-	●	6	33.0%	●	12	66.7%	●	9	50.0%	●	7	38.9%	●
	Recurso Financeiro	6	3	50.0%	●	3	50.0%	●	0	-	●	0	-	●	3	50.0%	●	3	50.0%	●	2	33.3%	●
	Direção do Plano	6	3	50.0%	●	6	100.0%	●	0	-	●	0	-	●	3	50.0%	●	3	50.0%	●	3	50.0%	●
ΣPME		30	6	20.0%	●	24	80.0%	●	0	-	●	6	20.0%	●	18	60.0%	●	15	50.0%	●	12	40.0%	●
Capacidade de Governo	Perfil do Coordenador	17	8	47.1%	●	11	64.7%	●	8	47.1%	●	3	17.6%	●	11	64.7%	●	6	32.4%	●	8	47.1%	●
	Perfil da Equipe Técnica	11	6	54.5%	●	6	54.5%	●	2	18.2%	●	3	27.3%	●	3	27.3%	●	3	22.7%	●	4	36.4%	●
	Desenho Organizativo	8	5	62.5%	●	4	50.0%	●	6	75.0%	●	2	25.0%	●	4	50.0%	●	8	100.0%	●	5	62.5%	●
	Articulação Intersetorial	4	2	50.0%	●	3	75.0%	●	2	50.0%	●	2	50.0%	●	2	50.0%	●	2	50.0%	●	2	50.0%	●
ΣPME		40	21	52.0%	●	24	60.0%	●	18	45.0%	●	10	25.0%	●	20	50.0%	●	18	45.0%	●	19	47.5%	●
Governabilidade do Sistema	Autonomia do Coordenador	15	9	60.0%	●	9	56.7%	●	7	46.7%	●	3	20.0%	●	11	73.3%	●	7	46.7%	●	8	53.3%	●
	Adesão dos Interessados	10	6	60.0%	●	6	60.0%	●	6	60.0%	●	2	20.0%	●	4	40.0%	●	8	80.0%	●	5	50.0%	●
	Estrutura Política-Administrativa	5	2	40.0%	●	3	50.0%	●	0	-	●	0	-	●	2	40.0%	●	3	50.0%	●	2	40.0%	●
ΣPME		30	17	56.7%	●	17	56.7%	●	13	43.3%	●	5	16.7%	●	17	56.7%	●	18	58.3%	●	15	50.0%	●
ΣPMA		100	44	44.0%	●	65	65.0%	●	31	31.0%	●	21	21.0%	●	55	55.0%	●	51	50.5%	●	45	45.0%	●

Fonte: O autor

\*PMA: Pontuação Máxima Atribuída; \*\*PI: Pontuação Identificada; \*\*\*CCO: Classificação do Contexto Organizacional. Onde os tercís: Favorável (verde: > 66,6%); Pouco Favorável (amarelo: ≤ 66,6% a > 33,3%); e Não Favorável (vermelho: ≤33,3%).

### 6.3.1 O Projeto de Governo

Na categoria de análise “Projeto de Governo” (PG), a subcategoria “Recurso Financeiro” obteve o resultado mais crítico (33,3%) – *CCO não favorável*. Essa foi uma das que mais contribuiu negativamente para o resultado global. Em relação ao “Plano de Governo” e à “Direção do Plano”, os tercis identificados apresentaram resultados com *CCO pouco favoráveis*, nessa ordem, 38,9% e 50,0%.

De outro modo, nos serviços avaliados, duas subcategorias apresentaram *CCO favoráveis*: “Plano de Governo” no CTA/município RMR-D, com resultado de 83,0%; e “Direção do Plano”, também no serviço RMR-D, com desempenho máximo de 100,0%; e no serviço MR-B, com 66,7%. Entretanto, dois CTA/municípios (RMR-H e MR-A) apresentaram contextos bastantes críticos nas três subcategorias analisadas, com exceção do MR-A, com 33,3% no ‘plano de governo’, obtiveram resultados de 0,0%.

Nas colocações dos entrevistados, quanto ao PG, as ações de VE às IST/aids/HV são planejadas e estão em conformidade com o PMS e com as diretrizes de CTA, embora tenham emergido dificuldades nas exemplificações dessas ações, além de muitas vezes as ações de VE não serem priorizadas, ou estarem reduzidas à notificação de casos às autoridades competentes.

Apesar das ações de VE às IST/aids/HV constarem nos PMS dos CTA/municípios avaliados, ainda que muitas vezes de forma incipiente, a capacidade dos coordenadores desses serviços em conduzir ações de VE, principalmente pela sublinhada concepção de não acreditarem ou mesmo desconhecerem essas ações, limitam os seus projetos (MATOS, 2006), o que por sua vez, compromete a realização de ações de VE nos CTA. Nessa direção, estudos apontam que importantes obstáculos precisam ser vencidos em relação a essa temática nos CTA (BASSICHETTO et al., 2013; BRASIL, 2008; VAL; NICHIIATA, 2014; VILELA et al., 2012).

Além disso, as diretrizes nacionais de organização dos CTA precisam ampliar o escopo das ações de VE, muitas vezes já realizadas por alguns serviços, mas não direcionadas em um eixo estruturado contendo ações que possam ir além da notificação de casos de IST às autoridades competentes, o que sugere uma falta de priorização em VE nos CTA em nível nacional (BRASIL, 2017b).



Outra importante questão identificada nas falas dos informantes-chave foi a utilização de ‘recursos financeiros’ pelos CTA, apresentando-se como uma importante limitação para a resolubilidade da gestão, tanto pelo desconhecimento ou não participação do coordenador desse serviço no seu planejamento, quanto à execução orçamentária em nível municipal.

Sublinha-se que recursos financeiros planejados e vinculados ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) através dos instrumentos orçamentários regulares (Plano Plurianual – PPA; Lei de Diretrizes Orçamentária – LDO; e Lei Orçamentária Anual – LOA) para o alcance de metas traçadas no PG são indispensáveis, sobretudo na perspectiva de regulamentação, produção de serviços e financiamento no âmbito do SUS, embora a devida aplicação desses recursos nem sempre seja garantida pelos seus mecanismos de controle (MELAMED, 2011; ROCHA; FIGUEIRÓ; CARDOSO, 2015).

Quando se trata de recursos financeiros, diversos hiatos surgem principalmente entre o que é decidido no plano e o que é executado. E isso se dá por diversos fatores, dentre eles a autonomia nesses processos tem papel muito relevante, como bem apontada no estudo Rocha, Figueiró e Cardoso (2015).

Na concepção da teoria “matusiana” (MATOS, 1996, 2006), corroborando com o cenário identificado, os estudos de Sivini, Vidal e Vanderlei (2015) e Venâncio et al. (2013) ressaltam a competência técnica, ou seja, a capacidade de governar do gestor, com a confluência da governabilidade do sistema como ponto chave na condução dos microprocessos em um ‘plano’, como a exemplo da definição do desenho organizativo, com alocação e utilização de recursos financeiros. Além disso, apontam para a necessidade da direcionalidade desse plano convergente com as diretrizes e normas da intervenção.

Nesse sentido, as locuções dos entrevistados demonstram a ciência de conformidade com as normas. Apesar, de as colocações muitas vezes apresentarem-se de forma insuficiente ou equivocada, como ratificado em outros estudos. Inclusive, com o reforço da necessidade de melhor preparar os gestores em nível municipal para o planejamento estratégico, principalmente na concepção do triângulo de Matus com vistas à implementação das políticas públicas (FERREIRA; BUENO, 2016; FORTIS, 2010; MATOS, 1996, 2006; SAMPAIO et al., 2011; SOUZA; COSTA, 2008; VENÂNCIO et al., 2013; VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007).

### 6.3.2 A Capacidade de Governo

Na categoria de análise “Capacidade de Governo”, o contexto identificado foi classificado como *pouco favorável*, com 47,5% no geral. Nessa, todas as subcategorias avaliadas obtiveram resultados intermediários, com o menor desempenho identificado no “Perfil da Equipe Técnica” (36,4%).

De outra parte, o “Desenho Organizativo”, embora com classificação intermediária, com *CCO pouco favorável*, foi à subcategoria com o melhor resultado entre as três categorias analisadas (62,5%).

Entre os serviços, o CTA/município MR-A apresentou um cenário diferente, com 25,0% no resultado geral e um cenário classificado como *não favorável*. Por outro lado, nessa categoria de análise, identificaram-se três serviços com *CCO favoráveis*: Na subcategoria “Articulação Intersetorial”, o CTA/município RMR-D, com resultado de 75,0%; e na subcategoria “Desenho Organizativo”, os CTA/municípios RMR-H, com desempenho de 75,0%; e MR-C, com 100,0%.

Nos discursos dos informantes-chave em relação à CG e suas subcategorias (Perfil do Coordenador; Perfil da Equipe Técnica; Desenho Organizativo; e Articulação Intersetorial), identifica-se que a formação através de cursos de capacitação/qualificação na área de IST/aids/HV é comum entre os coordenadores de CTA, principalmente naqueles com mais tempo de atuação, mas, não necessariamente com a temática de VE incluída, uma vez que essa mostra-se bem insatisfatória nas falas. Ainda que a VE municipal seja indispensável, especialmente no planejamento e alcance de resultados positivos nos indicadores de saúde (BARBOSA et al., 2010; LUNA, 2013). Nessa direção, entre os entrevistados que possuem ou não formação na área, a menção da falta de oferta de cursos em nível estadual ou nacional, pelo menos para os profissionais dos serviços mais antigos, apresentou-se como um importante fator limitante para o desenvolvimento da VE nesses serviços. Duarte, Felisberto e Costa (2013), com resultados semelhantes aos deste estudo, ressaltam que um contexto organizacional favorável depende de uma equipe de trabalho qualificada e envolvida com a organização da intervenção.

Ainda em relação ao “Perfil do Coordenador”, nas falas dos entrevistados há menção dos indicadores de IST/aids/HV. Mesmo que alguns discursos ratifiquem a necessidade de qualificação em VE para esses profissionais, pois muitas vezes a análise e o conhecimento do perfil epidemiológico através de dados produzidos nos

CTA, ou mesmo de instrumentos, como diretrizes, portarias, manuais dentre outros, que visam assegurar ações de VE às IST/aids/HV nesses serviços, apresentarem-se de forma insatisfatória.

Sob o ângulo da teoria “matusiana”, a intensificação com que se realizam métodos e práticas de trabalho, bem como a perícia dos integrantes da equipe de governo eleva a ‘capacidade de governar’ de um gestor. E, essa capacidade, nos seus aspectos pessoal e institucional, sublinham, nessa ordem, a qualidade e a perícia de sua liderança atual; e a acumulação de perícia nos estratos político, técnico-político, técnico e burocrático da máquina do Estado (MATUS; 2006; ROSSI; CHAVES, 2015). Mesmo assim, quanto à experiência anterior de trabalho, presente nas subcategorias “Perfil do Coordenador” e “Perfil da Equipe Técnica”, não foram mencionadas experiências anteriores, apesar de ser ressaltada nas colocações, tanto dos coordenadores quanto dos técnicos, a importância de uma vivência anterior nessa temática para assumirem suas funções nos CTA.

Os estudos de Santos et al. (2013) e Teixeira, Paiva e Shimma (2000), reforçam que a experiência com a atenção às PVHA contribui para a qualificação das práticas de atendimento, sobretudo para uma escuta que contemple os aspectos do contexto de vida dessas pessoas, com a gestão do cuidado para uma maior adesão ao tratamento e promoção da qualidade de vida.

Quanto ao “Perfil da Equipe Técnica”, entre os discursos dos coordenadores entrevistados, destaca-se ainda a insuficiência em número ou em carga horária de profissionais trabalhando no CTA. Além disso, os técnicos não realizam análises epidemiológicas nos CTA, ou quando mencionam que o fazem, são outros tipos de análises não relacionadas à VE.

Desta forma, Albuquerque, Mota e Felisberto (2015), em uma pesquisa que buscou analisar a descentralização das ações de VE em Pernambuco, levantam possibilidades para as dificuldades encontradas em relação à gestão de recursos humanos nas instituições públicas, como precariedade de vínculos, contratações que não consideram as necessidades do setor, baixos salários e falta de um plano de cargos e carreira.

A pesquisa de Haag, Gonçalves e Barcellos (2013), realizada com os CTA da cidade de Porto Alegre no Rio Grande do Sul, ratificam os resultados deste estudo, principalmente no insuficiente recurso humano, dos quais acreditam que contribua para o desestímulo na busca em qualificações, como a despeito em VE.

Ressalta-se que os CTA são serviços estratégicos em diagnóstico e prevenção às IST/aids/HV, inclusive para a oferta de aconselhamentos realizados por profissionais capacitados e experientes nessa temática, como observado nesta pesquisa. No entanto, esses serviços têm vivido uma crise de identidade, principalmente devido à expansão da testagem de HIV e sífilis para a APS onde prestam apoio matricial, mas com preocupação no modo em que os serviços da rede básica têm realizado essas ações, já que possuem uma grande demanda de atividades e o acolhimento às PVHA pode não está sendo realizado de forma efetiva (HAAG; GONÇALVES; BARCELLOS, 2013; ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

Nos discursos dos entrevistados, nota-se que os CTA têm profissionais designados para atuar como coordenadores desses serviços, apesar dos cenários diversos onde muitas vezes o cargo não é oficial, acumulam funções e estão intrinsicamente ligados à gestão municipal. Mendonça, Vanderlei e Mendes (2016), identificaram situação semelhante em um estudo de avaliação e reforçam que o acúmulo de função ou mesmo a “subfunção” de um coordenador na intervenção são fatores importantes, que podem interferir no processo de trabalho, repercutindo nas atividades desenvolvidas.

Outro ponto identificado é a articulação com outras instâncias gerenciais para a programação e execução de ações de prevenção e controle ou resolução de problemas relacionados à VE às IST/aids/HV. O problema mais presente nas colocações dos entrevistados é o mantimento no nível local, sem integrar-se com outros serviços ou outros níveis de gestão nesses aspectos. Por outro lado, algumas vezes, surge a interface com atenção básica à saúde do município. E, quando citado outros níveis de gestão, como o estadual, foi relacionado, principalmente à aquisição de insumos para ações de testagem às IST/aids/HV.

A articulação intersetorial, como diretriz organizativa no SUS, apresenta-se com muitos entraves, sobretudo no que diz respeito à integração da rede de atenção à saúde para o planejamento efetivo de ações, especialmente na perspectiva de vigilância e promoção à saúde. Nesse sentido, estudos ressaltam que a integração entre os serviços de saúde, como a exemplo dos CTA com a rede de atenção básica ou de outros níveis subsequentes, aproxima a necessidade com a realidade, possibilitando melhores resultados na intervenção inserida em um processo contínuo de planejamento, monitoramento e avaliação em saúde (BRASIL, 2010b, 2017b;

MENDONÇA; VANDERLEI; MENDES, 2016; OLIVEIRA; CRUZ, 2015; ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

### **6.3.3 A Governabilidade do Sistema**

Na categoria de análise “Governabilidade do Sistema”, o contexto identificado, não se diferenciou das outras categorias com *CCO pouco favoráveis*, com desempenho global de 50,0%. Entre suas subcategorias, sobressai com o melhor resultado, a “Autonomia do Coordenador”, com 53,3%. De outra parte, com o pior desempenho está a “Estrutura Política-Administrativa”, com 40,0%.

Entre os serviços, destacam-se com *CCO favoráveis* os CTA/municípios MR-B na subcategoria de “Autonomia do Coordenador”, com resultado de 73,3% e o MR-C na “Adesão dos Interessados”, com desempenho de 80,0%. Por outro lado, com resultado bastante crítico, destaca-se o CTA/município MR-A, com alcance de apenas 16,7% no desempenho geral. Sendo, inclusive, o pior resultado desse serviço entre as três categorias analisadas.

Diante desse cenário, quando perguntados em relação à “Governabilidade do Sistema”, através das subcategorias de análise (Autonomia do Coordenador; Adesão dos Interessados; e Estrutura Política-Administrativa) sobressai entre as falas que há autonomia entre os coordenadores para planejar as ações de prevenção e controle às IST/aids/HV que serão realizadas no CTA, embora tenha surgido nas indagações de alguns coordenadores, a dificuldade de executá-las, mesmo que dissessem que estão presentes no PMS.

Quanto à autonomia no planejamento e execução dos recursos financeiros, no que se refere, sobretudo, à execução desses recursos, não se identifica esse comando entre os entrevistados, apesar de estarem na maioria das vezes inseridos no planejamento.

Os CTA apresentam-se com diversos perfis organizacionais e de gestão no país e, apesar das diretrizes em nível nacional para sua organização, muitas vezes não há um consenso nas atividades desenvolvidas por esses serviços, o que pode ratificar o cenário diverso em relação à autonomia no planejamento e execução das atividades neste estudo, sobretudo, nos serviços que possuem coordenadores com vínculos precários de trabalho, dependente da vontade política local, sem governabilidade do sistema. Além disso, ressalta-se a necessidade de uma maior

descentralização de recursos financeiros do nível federal para os programas municipais e estaduais para que sejam oferecidos serviços de prevenção e assistência às PVHA de maior qualidade (BRASIL, 2017b; GRANGEIRO et al., 2009; HAAG; GONÇALVES; BARCELLOS, 2013; MACIEL; SANTOS; RODRIGUES, 2015; VILLARINHO et al., 2013; WOLFFENBÜTTEL; JUNIOR, 2007).

Em relação à autonomia do coordenador do CTA para a tomada de decisão no processo de trabalho, no que se refere à contratação de profissionais ou negociação de qualquer incentivo financeiro, ou mesmo de salário, também inexistente esse tipo de governabilidade entre os informantes-chave. Nesse sentido, semelhante a esses resultados, o estudo de Maciel, Santos e Rodrigues (2015), que analisou as condições de trabalho de profissionais de saúde em Fortaleza no Ceará, ressalta que quando a gestão dos recursos humanos de um serviço de saúde não tem a intervenção do seu coordenador, provavelmente a autonomia desse profissional será prejudicada, principalmente em alocação e contratação de técnicos de acordo com a necessidade da unidade, por sua vez levam a precarização de vínculos.

De outra parte, verifica-se nas locuções dos entrevistados, a liberdade para definir horário de trabalho, função que será exercida entre os técnicos, planejamento e execução das atividades no serviço.

Do discurso em relação à 'adesão dos usuários' aos CTA, de acordo com o planejamento, foram identificados diversos cenários, desde aqueles onde os coordenadores desses serviços acreditam atingir seu público planejado, com frequência de seguimentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, quanto aos centros que sentem a necessidade de readequação, principalmente naqueles que recebem uma grande quantidade de gestantes que poderiam estar vinculadas à atenção básica.

Algumas pesquisas realizadas com CTA confirmam os resultados deste estudo ao trazer diversos cenários relacionados à adesão de usuários a esses serviços. Tais pesquisas trazem os seguimentos da população de maior vulnerabilidade às IST/aids/HV como população alvo e com uma boa adesão, além das gestantes como principal grupo de atendimento, sobretudo onde há uma baixa oferta de testagem para HIV e sífilis na atenção ao pré-natal na APS. Cabe ressaltar, que as gestantes fazem parte dos grupos prioritários para a testagem das IST, especialmente na perspectiva de prevenção à transmissão vertical do HIV e sífilis. Além disso, a assistência dada pelos CTA a qualquer pessoa que busque a

testagem às IST visa diminuir o estigma causado por essas infecções, objetivo esse que, na maioria das vezes, não é priorizado em outros serviços não especializados, o que contribui para o diagnóstico tardio (BRASIL, 2017b; CARDOSO et al., 2007; HAAG; GONÇALVES; BARCELLOS, 2013; LOPES et al., 2016; MARTINS et al., 2014; PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012; PEREIRA et al., 2012).

Quanto à locução dos entrevistados, quando perguntados sobre a adesão dos técnicos do CTA ao serviço, especificamente em relação aos itens identificação/satisfação com a função desenvolvida; pretensão em fazer carreira; e participação no planejamento das atividades no CTA, especialmente naquelas que estão envolvidos, ressaltam-se, entre as falas, que esses profissionais desenvolvem suas funções com satisfação, pretendem e já estão encaminhados numa carreira profissional, muitos desses, com o desejo de se especializar na área. Além disso, os técnicos dos CTA mencionaram que participam em alguma medida, no planejamento das atividades do serviço. Mas, de outro modo, às vezes no mesmo serviço, verifica-se também a falta de identificação com suas funções e não participação no planejamento de atividades.

Haag, Gonçalves e Barcellos (2013) em pesquisa já referida anteriormente com profissionais dos CTA, ressaltam que nesses serviços é possível identificar cenários próximos aos verificados neste estudo quanto à satisfação dos profissionais com as atividades realizadas, ressaltando a importância da atuação profissional nesses centros que mantêm destacado papel na sociedade, mas também sublinham o tempo escasso que os técnicos colocam para exercer suas funções com mais qualidade, sobretudo na escuta aos usuários, devido à exigência do elevado número de atendimentos diários. Os mesmos autores ressaltam alguns entraves, que tem semelhança neste estudo, apontados anteriormente algumas vezes, como: o pequeno corpo técnico que na maioria das vezes esses serviços têm para atender a demanda; os desafios da descentralização dos TR na APS, onde possuem matricialmente importante papel; a rede articulada para referência e contrarreferência; o reconhecimento do trabalho desenvolvido no serviço; ou o próprio cenário político-administrativo de extrema relevância para as políticas públicas em todos os níveis de gestão no setor saúde.

Nos discursos em relação à existência de instrumentos que visem à garantia das ações de prevenção e controle às IST/aids/HV em nível municipal, estadual e nacional desenhados para os CTA, além da participação dos coordenadores na

elaboração desses documentos, nota-se divergência nos cenários identificados, tanto por desconhecimento dos coordenadores a cerca desses dispositivos, quanto em relação à sua participação na discussão e confecção nas ferramentas de gestão, principalmente naquelas que buscam assegurar as atividades desenvolvidas nos CTA.

O estudo de Lima, Cambraia e Murta (2013) corrobora com os achados deste estudo, ressaltando que os CTA possuem perfis heterogêneos e que apesar de existir um aparato organizacional em nível nacional para esses centros, muitas vezes essas diretrizes não são seguidas nas suas implantações, ou mesmo não estão em pleno funcionamento, o que pode refletir em indicadores de resolubilidade e produtividade com baixos desempenhos. Esses autores acreditam que o corpo técnico dos CTA precisa ser estimulado às ações de EPS, pois assim poderão buscar e incorporar novas e já existentes técnicas, especialmente de vigilância em saúde ao processo de trabalho.

Por hora, cabe destacar que as diretrizes de uma intervenção dão a base de sustentação para a gestão. E, nesse sentido, a informação em saúde como apontam os estudos de Lima, Cambraia e Murta (2013) e Villarinho et al. (2013), além de permitir a orientação na implantação das intervenções, pode apoiar o monitoramento e em especial a avaliação, com vistas, sobretudo, à reorganização do modelo de atenção à saúde, com ênfase nas ações de prevenção e controle de doenças e agravos por meio da vigilância em saúde.

Por fim, com base nos ensinamentos de Vieira-da-Silva (2014) ressalta-que os estudos de avaliação produzem conhecimento que podem contribuir com o avanço das políticas e práticas de saúde. Para tanto, buscam revelar as insuficiências e os problemas nas intervenções e por tal motivo, o avaliador muitas vezes depara-se com gestores e profissionais resistentes à avaliação, sobretudo à sua incorporação automática nos serviços e programas de saúde. Por outro lado, quanto mais comprometido estiver o avaliador com a avaliação e, essa, quanto mais agregada à agenda dos gestores, maior será a perspectiva da intervenção na utilização desses resultados para o aperfeiçoamento da prática.

#### **6.4 Análise da Influência do Contexto Organizacional no Nível de Implantação das Ações de VE do HIV/aids nos CTA em Pernambuco**



Houve nos CTA avaliados, coerência entre os aspectos observados no contexto organizacional e o nível de implantação das ações de VE, que no geral, foram respectivamente, Pouco Favorável (com 45,0%) e Insatisfatória (com 51,5%) (Tabela 4). Desse modo, ressalta-se que o contexto político-organizacional tem influenciado na vigilância do HIV/aids nesses serviços.

Ainda na Tabela 4, verifica-se que os resultados das categorias analisadas do triângulo “matusiano” são coesas em todos os serviços avaliados entre a variação do contexto organizacional e o nível de implantação das ações de VE do HIV/aids. Os CTA com os cenários mais desfavoráveis apresentaram-se com as ações de VE não implantada. Por outro lado, os serviços com os melhores cenários políticos-organizacionais obtiveram os melhores níveis de implantação, embora nenhuns desses tenham alcançado classificação no nível de implantação das ações de VE superior à parcialmente implantada.

**Tabela 4.** Relação dos resultados identificados no contexto organizacional com o nível de Implantação das ações de vigilância epidemiológica do HIV/aids nos CTA participantes neste estudo. Pernambuco, 2017

Município CTA	CLASSIFICAÇÃO DO CONTEXTO ORGANIZACIONAL (CCO)*				CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE IMPLANTAÇÃO (CNI)**			
	PLANO DE GOVERNO	CAPACIDADE DE GOVERNO	GOVERNABILIDADE DO SISTEMA	SÍNTESE	ORGANIZAÇÃO	PROCESSO DE TRABALHO	SÍNTESE	
RMR-A	53,3%	44,4%	44,4%	44,4%	42,4%	+	43,3%	43,0%
	Pouco Favorável							Insatisfatória
RMR-D	80,0%	60,0%	56,7%	65,0%	60,6%	+	65,7%	64,0%
	Pouco Favorável							Parcialmente Implantada
RMR-H	0,0%	45,0%	43,3%	31,0%	48,5%	+	49,3%	49,0%
	Não Favorável							Insatisfatória
MR-A	20,0%	25,0%	16,7%	21,0%	27,3%	+	35,8%	33,0%
	Não Favorável							Não Implantada
MR-B	60,0%	50,0%	56,7%	55,0%	57,6%	+	71,6%	67,0%
	Pouco Favorável							
MR-C	50,0%	45,0%	58,3%	50,5%	69,7%	+	44,8%	53,0%
	Pouco Favorável							Insatisfatória
<b>GERAL</b>	40,0%	47,5%	50,0%	45,0%	51,4%	+	51,7%	51,5%
	Pouco Favorável							Insatisfatória

Fonte: O autor

\*CCO: Favorável (verde: >66,6%); Pouco Favorável (amarelo: ≤66,6% a >33,3%); e Não Favorável (≤33,3%). \*\*CNI: Implantada (verde: 80% a 100%); Parcialmente Implantada (amarelo: 60% a 79%); Insatisfatória (vermelho: 40% a 59%); e Não Implantada (Preto: <40,0%).

Em concordância com esta pesquisa, outros estudos têm demonstrado que características políticas e organizacionais interferem nos níveis de implantação nas intervenções (ALVES et al., 2010; BARRETO; VIDAL; CARVALHO, 2013; MENDONÇA; VANDERLEI; MENDES, 2016; ROCHA; FIGUEIRÓ; CARDOSO, 2015; ROSSI; CHAVES, 2015; SIVINI; VIDAL; VANDERLEI, 2015; SOUZA; COSTA, 2008; VASCONCELOS; FRIAS, 2017).

Nesse sentido, Vasconcelos e Frias (2017) ao analisar a variação do contexto no grau de implantação das unidades de vigilância da síndrome gripal no estado de Pernambuco em 2015, destacam que os cenários políticos-organizacionais mais favoráveis contribuíram com os melhores desempenhos na intervenção avaliada. Inclusive, foram responsáveis por variados níveis de implantação. Apesar disso, com resultados semelhantes ao deste estudo, no geral, esses autores sublinham em sua pesquisa a coesão entre o contexto observado pouco favorável e a não implantação da vigilância da síndrome gripal na maioria das unidades avaliadas.

Por fim, o estudo de Mendonça, Vanderlei e Mendes (2016) que buscou avaliar a implantação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no município de Recife, no ano de 2015, também com resultados semelhantes ao desta pesquisa, demonstra que o contexto político-organizacional influenciou no grau de implantação do PCT, sendo decisivo no baixo desempenho revelado.

## 7 CONCLUSÕES

Conclui-se a partir desta pesquisa, que os CTA têm contribuído para minimizar ‘o diagnóstico tardio’, principalmente do HIV, tendo esta ação sido classificada como *implantada* em todos os serviços avaliados. Todavia, as “ações de prevenção e de vigilância das IST”, principais missões dos CTA têm sido negligenciadas, o que foi demonstrado pelas classificações *insatisfatórias* em ambas as ações.

Nesse sentido, a análise do contexto organizacional, que orienta as práticas no CTA, classificado como *pouco favorável* em todos os subcomponentes operacionais do Triângulo de Governo de Matus, sobretudo no que se refere ao “Projeto de Governo”, ou seja, nas intenções dos coordenadores desses serviços em relação às ações programadas e executadas de acordo com as diretrizes dispostas no PMS, necessita ser revisto.

Com base na opinião dos *stakeholders*, os resultados mencionados deram-se, provavelmente, pela incapacidade dos coordenadores dos CTA em conduzir os seus ‘planos’ (Capacidade de Governo); sobretudo, pelo pouco conhecimento nas técnicas; pela falta de experiência anterior de trabalho com a temática de IST/aids/HV; pela desqualificação em VE; e pelo desconhecimento ou utilização incipiente das normas e outras diretrizes organizacionais de CTA. E, também, embora neste estudo tenha obtido condição um pouco melhor, pela falta de autonomia para executar as ações planejadas no PMS (Governabilidade do Sistema).

O presente estudo, demonstrou ainda, que para a efetivação da integralidade da atenção às IST/aids/HV nos CTA é fundamental mais investimentos nesses serviços, sobressaindo à necessidade de adequação do número de salas de atendimento individual; de espaços para aconselhamentos e atividades coletivas de educação em saúde; de computadores com acesso a internet e redes sociais; assim como readequação do horário de atendimento ao público, principalmente para atender os seguimentos populacionais considerados em situação de maior risco e vulnerabilidade (Gays, HSH, trabalhadores do sexo, pessoas que usam drogas, pessoas em privação de liberdade, pessoas trans, entre outros).

Também é indispensável à ampliação de recursos humanos, com qualificação dos coordenadores e profissionais dos CTA em VE às IST/aids/HV; e o estímulo a

análise e divulgação dos dados produzidos nos serviços para subsidiar o planejamento das atividades a serem realizadas de acordo com o perfil epidemiológico local.

Em que pese o relevante papel dos CTA como centros de promoção, prevenção e vigilância às IST/aids/HV, deve-se buscar cada vez mais estruturação desses serviços, tanto para realizar o diagnóstico, quanto para o atendimento às PVHA. Nessa concepção, ressaltam-se os importantes avanços tecnológicos em relação ao tratamento das IST, principalmente na perspectiva de 'Tratamento como Prevenção', o que ratifica a necessidade de reorganização dos CTA que atuam junto aos SAE, para a disponibilização da profilaxia pré e pós-exposição ao HIV, bem como tratamento desse vírus e de outras IST, almejando o alcance da meta mundial 90-90-90 (90% dos indivíduos com HIV diagnosticados, 90% dos indivíduos diagnosticados em tratamento com antirretrovirais e 90% desses com carga viral indetectável) até o ano de 2020. Destaca-se, ainda, a necessidade de implementação das "ações de prevenção e de vigilância das IST", em todos os CTA, sobretudo no que se refere às informações de uso do preservativo (masculino e feminino) e outros insumos de prevenção.

Nessa direção, é primordial institucionalizar o componente de monitoramento e avaliação das atividades realizadas nos CTA, com coparticipação de todos os níveis de gestão, uma vez que as informações produzidas nesses serviços podem auxiliar na reflexão, tomada de decisão e em novas estratégias de intervenção, contribuindo assim para o controle da incidência do HIV e outras IST (principal ação dos CTA) e da morbimortalidade da aids e outras IST no país, especialmente em Pernambuco.

Por fim, avaliar os CTA quanto as ações de VE do HIV/aids, permitiu além de classificar o nível de implantação dessas ações, atreladas sobretudo aos aspectos organizacionais e do processo de trabalho, conhecer o contexto organizacional que influenciou nessa intervenção.

## 8 RECOMENDAÇÕES

- a) Que além da notificação compulsória às IST/aids/HV, seja incluída nas diretrizes organizacionais de nível nacional para os CTA, as outras ações básicas de VE, tais como: atividades de análise e produção de informação epidemiológica local, divulgadas oportunamente; instituição da busca ativa de faltosos (indivíduos que realizaram testagem para qualquer IST, com necessidade de retornar para concluir o diagnóstico), entre outras medidas de controle às IST.
- b) Garantir nas diretrizes da política de IST/aids/HV no Plano Municipal de Saúde (PMS) o componente de VE, com ações que contribuam para a manutenção dessa diretriz nos CTA;
- c) Implantar um colegiado de discussão das ações relacionadas à prevenção e controle às IST/aids/HV desenvolvidas pelos CTA, com a participação dos coordenadores desses serviços e de representantes do Programa Municipal e Estadual de IST/aids/HV;
- d) Garantir que as instâncias gerenciais de IST/aids/HV (níveis municipal, regional, estadual e nacional) tenham capacitação básica nessa temática, os estimulando para também se qualificar em VE;
- e) Promover qualificações em VE às IST/aids/HV em nível municipal, regional e estadual para os profissionais dos CTA;
- f) Estimular a implantação do sistema de informação de registro de exames laboratoriais (Sirex) nos CTA;
- g) Realizar oficinas anuais de monitoramento e avaliação da organização e do processo de trabalho dos CTA, com a participação além das coordenações das IST/aids/HV, as coordenações de VE e de atenção básica das instâncias municipal, regional e estadual;
- h) Envolver a coordenação do CTA no planejamento do PMS, especialmente, nos municípios que mantêm coordenação municipal de IST/aids/HV diferente da coordenação desses serviços;
- i) Capacitar os coordenadores dos CTA para o planejamento e execução de recursos financeiros nos serviços;
- j) Garantir um coordenador no CTA com vínculo específico e com a mesma carga horária do serviço;

- k) Garantir nos CTA a referência formal, de Prep e PEP do HIV e tratamento das IST, incluindo o HIV, ou a realização desses no caso de CTA que funcionam no mesmo espaço físico de um SAE;
- l) Apoiar a APS com as ações de prevenção e controle às IST/aids/HV, especialmente, com estratégias de educação em saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABATI, P. A. M.; SEGURADO, A. C. HIV testing and clinical status upon admission to a specialized health care unit in Pará, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p.1-8, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049004625>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100201&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100201&script=sci_abstract)>. Acesso em: 2 fev 2017.
- ABRÃO, F. M. S. et al. Características estruturais e organizacionais de serviços de assistência especializada em HIV/aids na cidade de Recife, Brasil. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 3, p.140-154, 1 mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5327/z0100-0233-2014380100018>. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/lil-757798>>. Acesso em: 8 mai. 2017.
- AFFELDT, A. B.; SILVEIRA, M. F. da; BARCELOS, R. S. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p.79-86, mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742015000100009>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222015000100079&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222015000100079&script=sci_abstract)>. Acesso em: 3 mai. 2017.
- ALBUQUERQUE, A. C. de; MOTA, E. L. A.; FELISBERTO, E. Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p.861-873, abr. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00102214>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000400861&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000400861&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 5 mai. 2017.
- ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. Late diagnosis and vulnerabilities of the elderly living with HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p.0229-0235, abr. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000200007>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000200229](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200229)>. Acesso em: 8 jun. 2017.
- ALVES, C. K. de A. et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 1, p.145-156, nov. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292010000500013>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/13.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2017.
- ARAÚJO, C. L. F. et al. A testagem anti-HIV nos serviços de ginecologia do município do Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.82-89, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140012>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100082&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100082&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 3 ago. 2017.
- ARAÚJO, J. D. de. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p.533-538, dez. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742012000400002>. Disponível em:



<[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400002](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002)>. Acesso em: 7 mai. 2017.

ARANTES, E. O. Teste anti-HIV na perspectiva das políticas públicas: proposta e realidade. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.562-566, 29 set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.16366>. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16366>>. Acesso em: 8 jul. 2017.

BARBOSA, A. J. C. et al. Perfil Comportamental de Gestantes Atendidas no Centro de Testagem e Aconselhamento em Município de Fronteira. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 1, p.01-08, 16 mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.42957>. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42957>>. Acesso em: 3 mar. 2017.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.49-54, mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600010106>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2016nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2017.

BARBOSA, M. C. L. et al. Efeitos da descentralização das ações de vigilância epidemiológica para as equipes de Saúde da Família. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, p.347-354, dez. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742010000400005>. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742010000400005](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000400005)>. Acesso em: 10 out. 2017.

BARRETO, I. C.; VIDAL, S. A.; CARVALHO, P. I. de. **Avaliação do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos em âmbito municipal**. 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, 2013.

BASSICHETTO, K. C. et al. Dados coletados na rotina da Rede Municipal Especializada em DST/aids de São Paulo utilizados em pesquisa: relato de experiência. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 59, p.60-64, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84228211011>>. Acesso em: 5 out. 2017.

BATISTA, C. J. B.; BAZZO, M. L. **Avaliação da distribuição e do fluxo logístico dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV após 10 de oferta no Sistema Único de Saúde pelo Ministério da Saúde**. 2016. 86 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

BECK, C.; FERREIRA, J.; KUCHENBECKER, R. **Análise de sobrevida e perfil epidemiológico de casos de aids em porto alegre/rs**: limitações e potencialidades da vigilância epidemiológica. 2014. 74 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

BEBER, A. M. B. et al. External quality assessment in the voluntary counseling and testing centers in the Brazilian Amazon using dried tube specimens: results of an effectiveness evaluation. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 48, n. 1, p.87-97, jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0106-2014>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822015000800087](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822015000800087)>. Acesso em: 10 mai. 2017.

BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: Da teoria à operacionalização. In: SAMICO, Isabella et al. **Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap. 6. p. 65-78.

BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/aids em Pernambuco. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.147-156, jan. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000100017>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100017)>. Acesso em: 5 out. 2017.

BRAGA, J. U.; WERNECK, G. L. Vigilância Epidemiológica. In: MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 5. p. 103-121.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o programa nacional de imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, 30 out. 1975. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/leis/L6259.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L6259.htm)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976**. Regulamenta A Lei 6.259, de 30/10/1975, Que Dispõe Sobre A Organização das Ações de Vigilância Epidemiológica, Sobre O Programa Nacional de Imunizações, Estabelece Normas Relativas à Notificação Compulsória de Doenças, e Dá Outras Providências. Brasília, 12 ago 1976. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1970-1979/d78231.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d78231.htm)>. Acesso em: 22 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da Oficina de Capacitação em avaliação com Foco na Melhoria do Programa**. 4 ed. Brasília, 2007. 116 p. (F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **ASIS: Análise de Situação de Saúde**. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: Desafios para a Equidade e o Acesso**. Brasília, 2008. 109 p. (Série Estudos Pesquisas e Avaliação, n. 11).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Crítérios de Definição de Casos de Aids em Adultos e Crianças**. 2. ed. Brasília, 2005. 56 p. (Série Manuais, n. 60).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília, 2010a. 77 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização do CTA no Âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2017a. 88 p. Disponível

em: <[http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2017/64988/diretrizes\\_para\\_organizacao\\_do\\_cta.pdf?file=1&type=node&id=64988&force=1](http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2017/64988/diretrizes_para_organizacao_do_cta.pdf?file=1&type=node&id=64988&force=1)>. Acesso em: 26 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2014a. 814 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Histórias da Aids no Brasil 1983 - 2003: As respostas governamentais à epidemia de aids**. Brasília, 2015b. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002355/235557POR.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV**. Brasília, 2013. 56 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BRASIL. Portaria nº 993, de 04 de setembro de 2000. Altera a Lista de Doenças de Notificação compulsória e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 172, 5 set 2000. Seção 1. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0993\\_04\\_09\\_2000.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0993_04_09_2000.html)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1559, de 01 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 1 ago. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1559-%5B2870-120110-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BRASIL. Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 67, 09 jun. 2014b. Seção 1. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 30 dez. 2010b. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 28, de 08 de janeiro de 2015**. Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Brasília, 08 jan. 2015c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/2006-28>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução Normativa de 13 de junho de 2014:** Estabelece procedimentos relacionados à notificação de infecção compulsória de casos de infecção pelo HIV no Brasil. Brasília, 2014c. Disponível em: <file:///C:/Users/kana5013566/Desktop/boletim\_epidemiologico\_hiv\_aids\_-\_2014.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 fev. 2016. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\_17\_02\_2016.html>. Acesso em: 5 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde (Org.). **Sistema de Informação para os Centros de Testagem e Aconselhamento em aids:** SI-CTA. Brasília, 2002. 70 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-exposição (PEP) de Risco à Infecção Pelo HIV, IST e Hepatites Virais.** Brasília, 2017b. Disponível em: <file:///E:/MPSP\_Fiocruz/Dissertação/Referências/Discussão/pcdt\_peg\_270917.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2017.

BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação:** Conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 292 p.

CARDOSO, A. J. C. et al. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em aids. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p.101-108, 2007.

CÁRDENAS, C. M. M.; MONTEIRO, S. S.; MOREIRA, C. O. F. **Aconselhamento no âmbito dos Centros de Testagem no estado do Rio de Janeiro: uma análise das práticas e saberes na prevenção das DST/Aids.** 2014. 261 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

CARVALHO, J. S. N. **Fatores associados ao desconhecimento do status sorológico para o HIV em gestantes.** 2011. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

CARVALHO, M. de; SANTOS, N. R. dos; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p.372-387, set. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-11042013000300002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000300002&script=sci\_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 5 abr. 2017.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de Conteúdo: Considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e

limitações do método. **Informação e Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p.13-18, 2014. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/10000>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

CERQUEIRA, M. B. R. Idosos e HIV/aids: algumas considerações sobre a epidemia no estado de Minas Gerais e Brasil. **Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 13, n. 1/2, p.38-48, 2011. Disponível em: <<http://ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/107>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

CEZAR, V. M.; DRAGANOV, P. B. A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 18, n. 3, p.151-156, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26042165006>>. Acesso em: 6 out. 2017.

CHAMPAGNE, F. et al. A Avaliação no Campo da Saúde: Conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, Astrid et al. **Avaliação: Conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a. cap. 2. p. 41-60.

CHAMPAGNE, F. et al. A Análise da Implantação. In: BROUSSELLE, Astrid et al. **Avaliação: Conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b. cap. 10. p. 41-60.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as Intervenções. In: BROUSSELLE, Astrid et al. **Avaliação: Conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011c. cap. 10. p. 41-60.

COSTA, J. M. B. S. et al. Monitoramento do desempenho da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1201-1216, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/02.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2017.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F. da; CARVALHO, E. F. de. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.623-633, fev. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000200026>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a26.pdf>>. Acesso em: 9 mai. 2017.

COSTA, Z. G. A. et al. Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 2, n. 1, p.11-26, mar. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232011000100002>. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v2n1/v2n1a02.pdf>>. Acesso em: 9 mai. 2017.

CONTANDRIOPOULOS et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (Org.). **Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. cap. 2. p. 29-47.

DENIS, J-L; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: Hartz Z. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 49-88.

DIAS, M. S. A. et al. Intersectorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p.4371-4382, nov. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.11442014>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2017.

DONABEDIAN, A. Basic Approaches to Assessment: structure, process and outcome. In: \_\_\_\_\_. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, p. 75-125. 1980.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p.691-729, 9 nov. 2005. Wiley-Blackwell. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>.

DONABEDIAN, A. Formulating criteria and standards. In: **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p.529-532, dez. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742012000400001>. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a01.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2017.

DUARTE, M. S.; FELISBERTO, E; COSTA, J. M. B. S. **Avaliação do Desempenho da Vigilância Epidemiológica nas Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco, 2012**. 2013. 138 f. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2013.

DUBOIS, C-A; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, Astrid et al (Org.). **Avaliação: Conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. cap. 1. p. 19-39.

FELISBERTO, E. et al. Procedimentos operacionais para a vigilância epidemiológica da aids em mulheres e crianças em Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 13, n. 1, p.55-60, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n1/a07v13n1.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2017.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba, 2010. 2222 p.

FERREIRA, G. S.; BUENO, E. **O Projeto Mais Médicos e os Gestores da Atenção Básica do Estado de Sergipe: uma análise de capacidade de governo e de governabilidade**. 2016. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia Clínica**. Elementos essenciais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed. 2006. p.161.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. de; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: Conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, Isabella et al (Org.). **Avaliação em Saúde**: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap. 1. p. 1-13.

FIUZA, M. L. T. et al. Adherence to antiretroviral treatment: comprehensive care based on the care model for chronic conditions. **Escola Anna Nery**: Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.740-748, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130019>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0740.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2017.

FORTIS, M. F. A. Rumo à pós-modernidade em políticas públicas: a epistemologia situacional de Carlos Matus. **RAE eletrônica**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.1-26, dez. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1676-56482010000200009>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v9n2/a09v9n2.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

FLORES, L. M. et al. Evaluation of the Education by Work for Health Program PET-Health/Surveillance Public Health by their actors. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, p.923-930, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1060>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0923.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2017.

GARCIA, R. A.; L'ABBATE, S. Institucionalização da Vigilância em Saúde de Campinas (SP) na perspectiva da Análise Institucional sócio-histórica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p.997-1007, dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070531>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00997.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

GERMANO, F. N. et al. Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu status sorológico: Rio Grande, RS, Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.1033-1040, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/26.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

GUIMARÃES, R. M. et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1407-1416, maio 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1407.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

GRANGEIRO, A. et al. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p.427-436, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/203.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

GRANGEIRO, A. et al. The HIV-Brazil Cohort Study: Design, Methods and Participant Characteristics. **Plos One**, San Francisco, v. 9, n. 5, p.956-973, 1 maio 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0095673>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24789106>>. Acesso em: 5 mai. 2017.

HAAG, C. Beatriz; G. T. R.; BARCELLOS, N. T. Gestão e processos de trabalho nos Centros de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre-RS na perspectiva de seus aconselhadore. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.723-739, set. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312013000300004>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n3/04.pdf>>. Acesso em: 5 mai. 2017.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>>. Acesso em: 01 jul 2017.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.341-353, 1999. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81231999000200009>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7117.pdf>>. Acesso em: 5 mai. 2017.

IBGE. **Área Territorial Brasileira**: Consulta por Unidade da Federação: Rio de Janeiro, 2017a. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/principal.shtm> >. Acesso em: 01 nov 2017.

IBGE. **Composição da população residente total, Estudos & Pesquisas**: Informação Demográfica e Socioeconômica, por região de saúde, 2015: Rio de Janeiro, 2017b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptpe.def>>. Acesso em: 01 nov 2017.

SEMINÁRIO “INFORMAÇÕES EM SAÚDE: CONHECER PARA OTIMIZAR A UTILIZAÇÃO”, 1., 2009, Recife. **A Integração das Informações em Saúde na SES-PE**: SIREX – Programa Estadual DST/aids. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2012. 8 p.

INGLEZ-DIAS, A. et al. Políticas de redução de danos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.147-158, jan. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.1778>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00147.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2017.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. **A Integralidade no Cuidado das Pessoas Vivendo com HIV e Aids**: a experiência do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids da SES-SP. 2016. 238 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.



LEEUW, F. Reconstructing Program Theories: Methods Available and Problems to be Solved. **American Journal of Evaluation**, Utrecht, v. 24, n. 1, p.5-20, 2003. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s1098-2140\(02\)00271-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1098-2140(02)00271-0). Disponível em: <[http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents\\_electroniques/EVA/EVA-PROG/ELE%20EVA-PROG%207549.pdf](http://www.stes-apes.med.ulg.ac.be/Documents_electroniques/EVA/EVA-PROG/ELE%20EVA-PROG%207549.pdf)>. Acesso: 15 jul. 2017.

LIMA, I. C. V. et al. Ações de promoção da saúde em serviço de assistência ambulatorial especializada em HIV/aids. **Ciências, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 3, p.556-563, 8 jan. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i3.13193>. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13193/pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

LIMA, R. R. de et al. Perfil epidemiológico da infecção por HIV/aids relacionado a atividade ocupacional. **Revista de Enfermagem**: Reuol, Recife, v. 4, n. 9, p.8012-8018, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10554/11476>>. Acesso: 19 set. 2017.

LIMA, W. A.; CAMBRAIA, R. P.; MURTA, N. M. G. **Vigilância em Saúde em Tempos de HIV/aids**: Sistemas de Informação no Serviço de Atenção Especializada. 2013. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Ambiente) - Universidade Federal dos Vales dos Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2013.

LORETO, S.; PEREIRA, J. M. A. A infecção por HIV: Importância das fases iniciais e do diagnóstico precoce. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, Porto, v. 2, n. 1, p.5-17, 2012. Disponível em: <<http://www.actafarmacaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/18>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

LOPES, A. C. M. U. et al. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza - Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, , v. 69, n. 1, p.62-66, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690108i>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0062.pdf>>. Acesso: 14 jun. 2017.

LOPES, E. M. et al. Aids em crianças: a influência dos diferenciais socioeconômicos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p.2005-2016, set. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074514>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-2005.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

LOPES, L. M. et al. Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em um município do Estado de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p.2283-2297, nov. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00091213>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n11/0102-311X-csp-30-11-2283.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

LUNA, E. J. de A.; ARAÚJO, W. N. de; CAVALCANTI, L. P. de G. Vigilância Epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. da. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. Cap. 13. p. 253-272.

MACIEL, R. H. M. O.; SANTOS, J. B. F. dos; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 131, p.75-87, jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0303-7657000078613>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n131/0303-7657-rbso-40-131-75.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I.; ANDRADE, S. R. Políticas directed towards STD/aids and their political-care integration in the context of the SUS: a study of the city of Florianópolis, SC, Brazil. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p.639-647, set. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014003290012>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00639.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00639.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2017.

MARANHÃO. Universidade Federal do Maranhão. **Gestão e financiamento das ações da Vigilância em Saúde**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2016. (Cadernos de Vigilância em Saúde).

MARTINS, T. A. et al. Testagem Para HIV: Estratégia para a prevenção e o controle da epidemia. **Fisioterapia e Saúde Funcional**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p.3-5, 2014. Disponível em: <<http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/489>>. Acesso em: 10 out. 2017.

MARTINS, T. A. et al. Desafios para vencer a epidemia de aids no mundo. **Fisioterapia e Saúde Funcional**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p.2-5, 2015. Disponível em: <<http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/527>>. Acesso em: 10 out. 2017.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. 2. ed. Brasília, DF: IPEA, 1996. tomo 1.

MATUS, C. Metodologias de planejamento: O plano como aposta. In: GIACOMONI, James; PAGNUSSAT, José Luiz (Org.). **Planejamento e Orçamento governamental**. 2. ed. Brasília: ENAP, 2006. cap. 2. p. 115-144.

MELAMED, C. Regulamentação, Produção de Serviços e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde: Do anos 90 aos 2000. In: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio Francisco (org.). **Políticas Públicas e Financiamento Federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011. cap. 3. p. 59-84.

MELO, M. C. de; PIMENTA, A. M. Característica epidemiológica da aids na população com mais de 50 anos em Betim e microrregião. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro: RECOM**, São João Del Rei, v. 3, n. 2, p.419-427, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/269/362>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

MELO, M. C. de; PIMENTA, A. M.; DONALÍSIO, M. R. Perfil epidemiológico de idosos com aids na macrorregião de saúde de Belo Horizonte. **de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro: RECOM**, São João Del Rei, v. 6, n. 1, p.2020-2033, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/330/1010>>. Acesso em 23 jun. 2017.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p.27-34, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142013000200003>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

MENDONÇA, E. F.; VANDERLEI, L. C. M.; MENDES, M. F. M. **Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose**: uma análise de implantação municipal. 2016. 130 f. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2016.

MENDONÇA, S. A.; FRANCO, S. C. Avaliação do risco epidemiológico e do desempenho dos programas de controle de tuberculose nas Regiões de Saúde do estado de Santa Catarina, 2003 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p.59-70, mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742015000100007>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00059.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

MENEGUEL, S. N. et al. **Epidemiologia**: Exercícios Indisciplinados. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2015. 232 p.

MESQUITA FILHO, M.; LIBÂNIO, B. M. Aids e as atividades de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) segundo seus usuários. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.1-17, set. 2013. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/579/1220>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MINAYO, M. C. S. et al. Lições aprendidas na avaliação de um programa brasileiro de atenção a idosos vítimas de violência. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p.171-182, mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0427>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-19-52-0171.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

MONTEIRO, S. S. et al. Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.137-146, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.1906>. Disponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10331/2/simone\\_monteiroetal\\_IOC\\_2014.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10331/2/simone_monteiroetal_IOC_2014.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2017.

MORA, C.; MONTEIRO, S.; MOREIRA, C. O. F. Formação, práticas e trajetórias de aconselhores de centros de testagem anti-HIV do Rio de Janeiro, Brasil.

**Interface:** Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 19, n. 55, p.1145-1156, dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0609>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140609.pdf>. Acesso em 2 ago. 2017.

NASCIMENTO, R. G.; SOUSA, R. C. M.; PINTO, D. S. Aspectos sociodemográficos e comportamentais dos usuários de um centro de testagem e aconselhamento para DST/aids da rede municipal de Belém, Pará, com sorologia positiva para o HIV. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 2, p.132-138, 19 nov. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v4i2.4210>. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/4210/3784>. Acesso em: 15 abr. 2017.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.929-936, jun. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000300029>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/29.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2017.

OLIVEIRA, C. M. de; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p.255-267, mar. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040385>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017.

PALÁCIO, M. B.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B. de. O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência. **Psico**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 3, p.360-367, 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/9816>. Acesso em: 4 set. 2017.

PEIXOTO, M. V. S.; CHAVES, S. C L. **Análise Da Implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: Um Estudo de Caso**. 2013. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2008**. Recife, 2008. 219 p. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/relatorio-anual-de-gestao>. Acesso em: 4 set. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2009**. Recife, 2009. 352 p. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/relatorio-anual-de-gestao>. Acesso em: 4 set. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2010**. Recife, 2010. 277 p. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/relatorio-anual-de-gestao>. Acesso em: 4 set. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife, 2011a. 20 p. Disponível em:

<<http://ead.saude.pe.gov.br/mod/resource/view.php?id=70>>. Acesso em: 27 jul. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2011b**. Recife, 2011. 331 p. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/relatorio-anual-de-gestao>>. Acesso em: 4 set. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2012**. Recife, 2012. 276 p. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/relatorio-anual-de-gestao>>. Acesso em: 4 set. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2013**. Recife, 2013. 334 p. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/relatorio-anual-de-gestao>>. Acesso em: 4 set. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Programa Estadual DST, aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Recife, 2014a. 6 p.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2014**. Recife, 2014b. 433 p. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/relatorio-anual-de-gestao>>. Acesso em: 4 set. 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Programa Estadual DST, aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Recife, 2016b. 24 p.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Infecções Sexualmente Transmissíveis: IST**. Recife, 2016c. 6 p. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude/programa-estadual-de-infeccoes-sexualmente>>. Acesso em: 21 set. 2016

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Produção ambulatorial de procedimentos da tabela unificada**. 2016a. Disponível em: <<http://tabnet.saude.pe.gov.br/cgi-bin/dh?tab/tabsia08/prodpe.def>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

PEREIRA, C. C. B. et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) em Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 13, n. 1, p.39-49, mar. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292013000100005>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n1/a05v13n1.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2017.

PEREIRA, F. W. et al. Atendimento de gestantes HIV em centro de testagem e aconselhamento na perspectiva dos profissionais. **Reufsm**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p.232-241, 14 ago. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976925362>. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5362/3747>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA, 5., 2015, Porto Alegre. **O direito à saúde e as tecnologias biomédicas no combate ao HIV/aids**. Porto Alegre: Rede de Antropologia da Ciência e Tecnologia, 2015. 17 p. Disponível em: <<http://ocs.ige.unicamp.br/ojs/react/article/view/1361>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

RIQUE, J.; SILVA, M. D. P. da. Estudo da subnotificação dos casos de aids em Alagoas (Brasil), 1999-2005. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.599-603, fev. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000200023>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a23.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

ROCHA, R. M.; FIGUEIRÓ, A. C.; CARDOSO, G. **Avaliação da função de gestão municipal da vigilância em saúde do município de Itaboraí, estado do Rio de Janeiro**. 2015. 170 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

ROSSI, T. R. A.; CHAVES, S. C. L. Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios na Bahia/Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n., p.196-206, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005186>. Disponível em: <[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/asset/s/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00196.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00196.pdf)>. Acesso em: 16 mai. 2017.

SÁ, L. D. de et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p.3917-3924, set. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011001000028>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a28v16n9.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SÃO PAULO. Alexandre Grangeiro. Instituto de Saúde (Org.). **Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil**: Relatório de Pesquisa. São Paulo, 2007. 114 p.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Referência e Treinamento DST/aids (Org.). **Guia de bolso**: Definições de Casos de Agravos de Notificação em DST/HIV/aids. São Paulo: Gerência de Vigilância Epidemiológica do Programa Estadual de DST/aids/cve, 2012. 112 p.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. de. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO, Isabella et al. **Avaliação em Saúde**: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. Cap. 2. p. 15-28.

SAMPAIO, J. et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.279-290, jan. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000100030>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a30.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2017.

SANTOS, C. P. et al. Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 2, n. 18, p.60-70, 2016. DOI: <https://doi.org/10.21722/rbps.v18i2.15085>. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15085/10687>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

SANTOS, E. M. dos; CRUZ, M. M. da. Introdução. In: SANTOS, Elizabeth Moreira dos; CRUZ, Marly Marques da. **Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 19-32.

SANTOS, M. A. et al. Intervenção em adesão baseada na abordagem construcionista do cuidado: perspectiva dos profissionais de saúde. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, p.651-673, 2013. Associação Brasileira de Psicologia. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/tp2013.3-ee02pt>. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/v21n3a04.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

SANTOS NETO, M. et al. Perfil clínico e epidemiológico e prevalência da coinfeção tuberculose/HIV em uma regional de saúde no Maranhão. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 38, n. 6, p.724-732, dez. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37132012000600007>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v38n6/v38n6a07.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

SANTOS, R. C. S.; SCHOR, N. As primeiras respostas à epidemia de Aids no Brasil: influências dos conceitos de gênero, masculinidade e dos movimentos sociais. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.45-59, 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24228/17438>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

SEGURADO, A. C.; CASSENOTE, A. J.; LUNA, E. A. Saúde nas metrópoles - Doenças infecciosas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p.29-49, abr. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.00100003>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n86/0103-4014-ea-30-86-00029.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2017.

SILVA, I. T. S. da et al. Perfil dos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em um estado do nordeste do Brasil. **Reufsm**, Santa Maria, v. 4, n. 4, p.727-738, 14 jan. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769215207>. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15207/pdf>>. Acesso em 6 mai. 2017.

SILVA, M. G. C. da. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. Cap. 13. p. 253-272.

SILVA, M. M. da; VASCONCELOS, A. L. R de; RIBEIRO, L. K. N. P. Caracterização epidemiológica dos casos de AIDS em pessoas com 60 anos ou mais, Pernambuco, Brasil, 1998 a 2008. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p.2131-2135, out. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00161112>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a28v29n10.pdf>>. Acesso em: 8 mai. 2017.

SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Epidemiologia e Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. Cap. 13. p. 253-272.

SILVA, M. P. F. da et al. Avaliação do serviço de testagem e aconselhamento em DST/HIV/aids na perspectiva do usuário. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 3, n. 17, p.60-68, 2015. DOI: <https://doi.org/10.21722/rbps.v17i3.14137>. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/14137/9966>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

SILVA, N. E. K. e; OLIVEIRA, L. A.; SANCHO, L. G. Testagem anti-HIV: indagações sobre a expansão da oferta sob a perspectiva do acesso e da construção da demanda. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p.636-645, dez. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-11042013000400011>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400011&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400011&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 5 ago. 2017.

SILVA, R. A. da. **Relacionamento de sistemas de informação em saúde: uma estratégia para aperfeiçoar a vigilância da sífilis em gestante**. 2011. 16 f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

SILVA, R. et al. Evaluation of advice actions for prevention of STD/Aids in the optical of the users. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p.1162-1177, 1 jul. 2014. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n3p1162>. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3355>>. Acesso em: 10 set. 2017.

SIVINI, M. A. V. C.; VIDAL, S. A.; VANDERLEI, L. C. M. **Análise de Implantação do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco**. 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2015.

SCHUTZ, F.; MIOTO, R. C. T. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 1, n. 16, p.59-75, 2010. Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/337/295>>. Acesso em: 10 set. 2017.

SOARES, M. T. et al. Prevalência das Coinfecções em Pacientes Notificados com Aids no Centro de Referência na Paraíba. **Revista Brasileira das Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 1, p.5-12, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2014.18.s1.01>. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/20965>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

SOBREIRA, P. G. P.; VASCONCELLOS, M. T. L. de; PORTELA, M. C. Avaliação do processo de aconselhamento pré-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Estado do Rio de Janeiro: a percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p.3099-3113, nov. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012001100026>. Disponível em:



<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100026&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100026&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 15 ago. 2017.

SOCHACZEWSKI, J.; LOBATO, L. V. Desenvolvimento da proteção social e transformações no Welfare State pós-industrial. **Uniabeu**, Belford Roxo, v. 7, n. 15, p.289-304, 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9214/2/DESENVOLVIMENTO%20DA%20PROTE%C3%87%C3%83O%20SOCIAL%20E%20TRANSFORMA%C3%87%C3%95ES.pdf>>. Acesso em: 10. nov. 2017.

SOUSA, A. M. de et al. A Política de Aids no Brasil: uma revisão de literatura. **Journal Management of Primary Health Care**, New Zealand v. 3, n. 1, p.62-66, 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/cgi-sys/suspendedpage.cgi>>. Acesso em: 20 nov. 2017

SOUZA, M. A. de; COSTA, A. M. **Análise da Implantação da Estratégia Saúde da Família em dois Municípios do Agreste de Pernambuco, Brasil**. 2008. 201 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, Recife, 2008.

SOUSA, M. G. G.; SANTOS, E. M. dos; FRIAS, P. G. de. Avaliação do grau de implementação do projeto nascer - maternidades relacionado à sífilis congênita em Pernambuco. In: SANTOS, E. M. dos; CRUZ, M. M. da. **Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Cap. 2. p. 61-94.

SOUZA, V. de; CARDOSO, J. S. R.; NAHASS, J. D. P. Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento: Dificuldades, divergências e padronização no preenchimento. **Revista Mineira de Enfermagem: Reme**, Belo Horizonte, v. 4, n. 15, p.530-538, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-2215>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

SOUZA, W. A. de; SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. de. Trinta Anos de Avanços Políticos e Sociais e os Novos Desafios para o Enfrentamento da Aids no Brasil. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v. 6, n. 1, p.487-490, 2015. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/30-anos-de-hivaids-novos-e-velhos-desafios/8361/>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

TAQUETTE, S. R. Epidemia de HIV/aids em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p.618-628, jun. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902013000200029>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000200029](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200029)>. Acesso em: 7 fev. 2017.

TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V. S. F.; SHIMMA, E. (Org.). **Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo**. São Paulo: Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids, Universidade de São Paulo, 2000.

TOKANO, D. V.; DESSUNTI, E. M. Centro de testagem e aconselhamento: características dos usuários e prevalência de infecção pelo HIV/ Testing and

counseling center. **Ciências e Cuidados de Saúde**, Maringá, v. 14, n. 4, p.1537-1545, 26 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i4.22441>.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS - UNAIDS. **90-9090**: Uma mete ambiciosa para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Brasília, 2014. Disponível em: < [https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015\\_11\\_20\\_UNAIDS\\_TRATAMENTO\\_META\\_PT\\_v4\\_GB.pdf](https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf) > Acesso em: 03 nov 2017.

VAL, L. F. do; NICHATA, L. Y. I. Comprehensiveness and programmatic vulnerability to stds/HIV/aids in primary care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. , p.145-151, ago. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000600021>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000700145](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700145)>. Acesso em: 7 mai. 2017.

VASCONCELOS, C. S. de; FRIAS, P. G. de. Avaliação da Vigilância da Síndrome Gripal: estudo de casos em unidade sentinela. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. , p.259-274, mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s19>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000500259&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000500259&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 9 jun. 2017.

VENÂNCIO, S. I. et al. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p.2261-2274, nov. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00156712>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001100013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001100013&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 8 mai. 2017.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.921-934, abr. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000400014>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400014&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 17 mar. 2017.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.355-370, fev. 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007000200012>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200012&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 25 mar. 2017.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 110 p.

VILLARINHO, M. V. et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p.271-277, abr. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018>. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000200018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200018)>. Acesso em: 5 mar. 2017.

VILELA, A. P. M. et al. Tendência da aids segundo categoria exposta na microrregião São Mateus, no Espírito Santo e no Brasil, no período de 1999 a 2008. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p.396-407, 2012. Disponível em: <<http://submission.scielo.br/index.php/rsbmt/article/view/46765/0>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

WOLFFENBÜTTEL, K.; CARNEIRO JUNIOR, N. Uma breve história dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST/Aids no Brasil e no estado de São Paulo. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 18, p.183-187, 15 set. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/842/84218406.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. da. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p.785-806, set. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300005>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000300785&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000300785&script=sci_abstract)>. Acesso em: 15 jul. 2017.

ZUCCHI, E. M.; PAIVA, V. S. F.; FRANÇA JÚNIOR, I. Intervenções para reduzir o estigma da AIDS no Brasil: uma revisão crítica. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, p.1067-1087, 2013. Associação Brasileira de Psicologia. Disponível: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2013000300017&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2013000300017&script=sci_abstract)>. Acesso em: 12 jul. 2017.

APÊNDICE A - Modelo Lógico da Vigilância Epidemiológica às IST/aids/HV nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)

COMPONENTE	ESTRUTURA	SUBCOMPONENTE	PROCESSO	RESULTADOS
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	<p><b>RECURSOS HUMANOS</b>            Coordenador da equipe técnica do CTA:            a) Com especialização em IST/aids/HV            b) No serviço</p> <p>Profissionais nos CTA:            a) Qualificados para a realização do aconselhamento pré e pós teste em IST/aids/HV            b) Em número suficiente para atender a demanda do dia            d) Com a realização de atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV            e) Com a realização de busca ativa, consentida, de usuários faltosos assistidos pelo CTA            f) Qualificados para ofertar cursos de capacitação/atualização em IST/aids/HV (diagnóstico, aconselhamento, entre outros), para profissionais de saúde de nível superior e médio, especialmente de atenção básica à saúde            g) Qualificados para a realização de atividades de formação multiprofissional em saúde para atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV</p>	<b>GESTÃO DE PESSOAS</b>	Planejamento de turno/horas de atendimento no CTA, de acordo com a necessidade dos usuários	Expediente de atendimento do CTA planejado de acordo com a necessidade dos usuários (demanda espontânea)
			Planejamento do número de profissionais de nível superior, qualificados, para aconselhamento em IST/aids/HV, no pré e pós teste, para atender a demanda diária do CTA	% de profissionais do CTA de nível superior qualificados que realizam o aconselhamento em IST/aids/HV, no pré e pós teste, de acordo com a demanda diária do serviço
			Disponibilização de profissionais de nível superior no CTA, com a mesma carga horária do expediente, para desenvolver atividades de aconselhamento em IST/aids/HV pré e pós teste, aos usuários que demandam ao serviço	% de profissionais de nível superior, com a mesma carga horária do expediente do CTA, para desenvolver atividades de aconselhamento em IST/aids/HV pré e pós teste, aos usuários que demandam ao serviço
		<b>INSUMOS DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO</b>	Disponibilização de profissionais (executores de teste rápido), de acordo com a demanda diária do CTA	Razão de testes rápidos - TR (HIV; sífilis) realizados por profissional (executor de teste), por dia de trabalho
			Disponibilização de testes para diagnóstico de HIV (teste rápido - TR no serviço), sífilis e hepatites virais (B e C) (TR no serviço e exames em laboratório no município), para todos os usuários que diariamente demandam ao CTA e aceitam realizar esses testes	% de usuários que diariamente demandam ao CTA, e que aceitaram realizar diagnóstico para HIV, sífilis e hepatites virais (B e C), com testagem e resultados no serviço
			Disponibilização de insumos de prevenção às IST/aids/HV, em local de fácil acesso e sem determinação de quantidade, para qualquer pessoa que diariamente demanda o CTA com essa finalidade	Insumos de prevenção às IST/aids/HV (preservativo masculino - tamanhos 49, 52 e 56 mm, preservativo feminino, gel lubrificante, entre outros) disponibilizados suficientes, em local de fácil acesso, sem barreiras e sem determinação de quantidade, para

COMPONENTE	ESTRUTURA	SUBCOMPONENTE	PROCESSO	RESULTADOS
	<p><b>RECUROS FINANCEIROS</b> CTA com participação no planejamento dos recursos financeiros para realizar suas atividades de vigilância e prevenção às IST/aids/HV</p>			qualquer pessoa que diariamente demanda o CTA com essa finalidade
	<p><b>RECUROS FÍSICOS E MATERIAIS</b> Instalações e Equipamentos a) Salas para aconselhamento individual em IST/aids/HV b) Sala(s) para aconselhamento coletivo em IST/aids/HV c) Computador com acesso à internet d) Linha telefônica e) Impressora f) Materiais instrucionais (Normas técnicas; Portarias; Manuais e Guias de aconselhamento pré e pós teste em IST/aids/HV, de Vigilância Epidemiológica (VE) entre outros documentos) g) Automóvel</p>	<p><b>RECURSOS FINANCEIROS</b></p>	Planejamento dos recursos financeiros para a realização das atividades de vigilância, prevenção e controle da IST/aids/HV com participação do CTA	Recursos financeiros planejados com participação do CTA para a realização de atividades de vigilância, prevenção e controle das IST/aids/HV
		<p><b>RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS</b></p>	Disponibilização no CTA de salas para aconselhamento individual em IST/aids/HV, em número suficiente para atender sua demanda por turno de atendimento, a fim de evitar desistência/demanda reprimida	Nº de salas para aconselhamentos individuais em IST/aids/HV compatível com a demanda do CTA, por turno de atendimento
			Disponibilização no CTA de salas para aconselhamento coletivo em IST/aids/HV em número suficiente para atender sua demanda, por turno de atendimento	Nº de salas para aconselhamentos coletivo em IST/aids/HV, compatível com a demanda do CTA, por turno de atendimento
			Disponibilização de computador com acesso à internet e às redes sociais, linha telefônica e impressora, para realização das atividades de VE das IST/aids/HV e das atividades administrativas no CTA	Nº de computador em funcionamento com acesso à internet, especialmente com acesso às redes sociais, para a realização das atividades de VE das IST/aids/HV e das atividades administrativas no CTA
	<p><b>INSUMOS</b> a) Para coleta e diagnóstico de HIV (testes rápidos) b) Para coleta e diagnóstico de sífilis e hepatites virais (B e C) (testes rápidos no serviço e</p>		Disponibilização física ou em formato <i>online</i> de materiais instrucionais em IST/aids/HV, de Vigilância Epidemiológica (VE) (guias, manuais, portarias, normas técnicas), entre outros documentos afins, com fácil	Nº de impressora para a realização das atividades de VE das IST/aids/HV e das atividades administrativas no CTA
			Disponibilização física ou em formato <i>online</i> de materiais instrucionais em IST/aids/HV, de Vigilância Epidemiológica (VE) (guias, manuais, portarias, normas técnicas), entre outros documentos afins, com fácil	Materiais instrucionais atualizados em IST/aids/HV, de Vigilância Epidemiológica (VE) - guias, manuais, portarias, normas técnicas, entre outros documentos afins, disponíveis fisicamente e/ou em formato online no

COMPONENTE	ESTRUTURA	SUBCOMPONENTE	PROCESSO	RESULTADOS
	exames em laboratório no município) c) Para ações de prevenção às IST/aids/HV, como preservativo masculino, preservativo feminino, gel lubrificante, entre outros		acesso a todos os profissionais que, quando necessário, desejem consulta-los	CTA para todos os profissionais que, quando necessário, desejem consulta-los
				% de profissionais que relataram ter tido acesso fisicamente e/ou em formato <i>online</i> , sempre que necessitou consultar, no CTA, de materiais instrucionais em IST/aids/HV, de Vigilância Epidemiológica (VE) - guias, manuais, portarias, normas técnicas, entre outros documentos afins
			Disponibilização de automóvel para o CTA para a realização de atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV, de VE, e de busca ativa de usuários faltosos	Automóvel disponível para o CTA para a realização de atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV, de VE, e de busca ativa de usuários faltosos
<b>PROCESSO DE TRABALHO</b>		<b>ACONSELHAMENTO</b>	Aconselhamentos em IST/aids/HV, pré e pós teste, realizados por profissionais de nível superior qualificados nessa temática	% de usuários que foram aconselhados em IST/aids/HV, no pré e pós teste, por profissionais de nível superior qualificados nessa temática
			Aconselhamentos em IST/aids/HV, pré e pós teste, realizados aos usuários que demandam diariamente ao CTA, no espaço de tempo previsto para que não haja desistência/demanda reprimida	% de usuários que diariamente chegam ao CTA, e que são aconselhados em IST/aids/HV no pré e pós teste, por profissionais qualificados, no espaço de tempo previsto (entrada no serviço, realização dos testes e recebimento dos resultados)
			Realização diária de aconselhamento coletivo no CTA	Nº de aconselhamentos coletivos diários às IST/aids/HV realizados no CTA
			Disponibilização de assistência no CTA e/ou referência formal para outros serviços aos usuários diagnosticados com HIV/aids e/ou	% de usuários com diagnóstico de HIV/aids assistidos no CTA, ou referenciados, formalmente, para outros serviços

COMPONENTE	ESTRUTURA	SUBCOMPONENTE	PROCESSO	RESULTADOS
		<b>ASSISTÊNCIA ÀS PVHA</b>	outra IST	% de usuários com diagnóstico de IST (sífilis; hepatites virais; entre outras) assistidos no CTA, ou referenciados, formalmente, para outros serviços
			Disponibilização no CTA, ou referência formal para outro serviço, de profilaxia pré-exposição sexual (Prep); pós-exposição (PEP) ocupacional, sexual consentida e por violência sexual ao HIV.	% de usuários que tiveram acesso à Prep ou PEP no CTA, ou referenciados, formalmente, para outros serviços
			Disponibilização no CTA, ou referência formal para outro serviço, de diagnóstico para tuberculose, toxoplasmose, clamídia, entre outros indicados para pessoas com HIV/aids.	% de usuários com HIV/aids assistidos pelo CTA, com diagnóstico de tuberculose, toxoplasmose, clamídia, entre outros exames indicados, realizados no serviço, ou referenciados, formalmente, para outros serviços
		<b>ATIVIDADES DE PREVENÇÃO</b>	Realização de atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV, no CTA, e em atividades itinerantes na comunidade (campanhas de prevenção, como entre outras, o "Fique Sabendo") e em outros serviços (de saúde e/ou escolas)	Atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV (vídeos educativos, entre outras atividades) realizadas no CTA durante o expediente, em sala de espera, para os usuários na pré e pós testagem Nº de atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV realizadas itinerantes na comunidade e em outros serviços (campanhas de prevenção - realizadas pelo CTA e/ou em parceria com outros serviços de saúde)
				Disponibilização de fichas de notificação/investigação epidemiológica de casos de IST de notificação compulsória, impressas e em quantidade suficiente de acordo com a demanda do serviço.

COMPONENTE	ESTRUTURA	SUBCOMPONENTE	PROCESSO	RESULTADOS
		<b>COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS</b>	Notificação no Sinan de casos de infecção pelo HIV e outras IST (de notificação compulsória), diagnosticados no CTA.	% de casos de infecção pelo HIV e outras IST (de notificação compulsória) diagnosticados no CTA, notificados no Sinan.
			Registro de casos testados para a infecção pelo HIV no Sirex (Sistema de Informação de Exames Laboratoriais de Pernambuco).	% de usuários testados para a infecção pelo HIV no CTA, registrados no Sirex
			Realização de busca ativa de faltosos assistidos pelo CTA realizadas por profissionais do CTA qualificado para isso.	% de usuários assistidos pelo CTA, faltosos (indivíduos que realizaram testagem para qualquer IST no serviço, com necessidade de retornar para concluir o diagnóstico e, não retornaram), visitados por um profissional qualificado para isso.
			Análise de dados e informações geradas no CTA (incluindo os registros nos subsistemas de informação em saúde - Sinan, Sirex, entre outros), por profissional da equipe qualificado em VE, para planejamento, monitoramento, avaliação e execução das atividades de atenção ao usuário e de VE (em geral e com HIV/aids e outras IST)	Nº de análises de dados e informações geradas no CTA (incluindo os registros nos subsistemas de informação em saúde - Sinan, Sirex, entre outros), realizadas por profissional da equipe qualificado em VE das IST/aids/HV, para planejamento, monitoramento, avaliação e execução das atividades de atenção e de VE ao usuário (em geral e com HIV/aids e outras IST), nesse serviço.
			Elaboração e publicização anual de informes/boletins epidemiológicos.	Nº Informes/Boletins epidemiológicos produzidos e publicizados anualmente em formato físico ou <i>online</i>
			Utilização de dados e informações (sociodemográficos e epidemiológicos) do município/região e de usuários, entre outros, produzidos no próprio CTA, para planejar as atividades de atenção aos pacientes com HIV/aids e outras IST no serviço.	% de atividades de atenção aos pacientes com IST/aids/HV no CTA, planejadas mediante a utilização de dados e informações (sociodemográficos e epidemiológicos) do município/região e desses usuários, entre outros, produzidos no próprio serviço.



COMPONENTE	ESTRUTURA	SUBCOMPONENTE	PROCESSO	RESULTADOS
		<b>DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO DAS IST</b>	Realização de testes rápidos - TR (HIV; Sífilis) no CTA, com entrega dos resultados no espaço de tempo previsto	% de testes rápidos - TR (HIV; Sífilis) cujos resultados foram entregues no espaço de tempo previsto (entrada no serviço, realização dos testes e recebimento dos resultados)
			Realização de outros testes ofertados no CTA (exceto os TR), com entrega dos resultados no espaço de tempo previsto	% de testes (exceto os TR) cujos resultados foram entregues no espaço de tempo previsto (entrada no serviço, realização dos testes e recebimento dos resultados)
		<b>EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b>	Realização de capacitação/curso de atualização em IST/aids/HV (diagnóstico; aconselhamento; entre outros) para profissionais de saúde de nível superior, pelo CTA, em parceria com outros serviços, especialmente de atenção básica à saúde.	Nº de capacitações/cursos de atualização em prevenção e controle de IST/aids/HV (diagnóstico; aconselhamento; entre outras) realizadas pelo CTA, em parceria com outros serviços, especialmente de atenção básica à saúde para profissionais de saúde de nível médio e superior.
			Disponibilização no CTA de formação técnica em atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV para profissionais de nível médio e superior do CTA e de outros serviços, especialmente de atenção básica à saúde.	Nº de profissionais de nível médio e superior de outros serviços com formação técnica em atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV, fornecida pelo CTA.
			Disponibilização no CTA de estágios e/ou programas de residência multiprofissional de saúde (saúde coletiva e afins) para atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV.	Nº de residentes (multiprofissional) cuja formação em saúde para atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV foi obtida no CTA.
		<b>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	Reuniões de monitoramento e avaliação do trabalho, com a equipe técnica do CTA, conduzidas pelo coordenador do serviço, com especialização em IST/ HIV/ aids.	Nº de reuniões de monitoramento e avaliação do trabalho com a equipe técnica do CTA, conduzidas pelo coordenador do serviço especializado em IST/aids/HV

COMPONENTE	ESTRUTURA	SUBCOMPONENTE	PROCESSO	RESULTADOS
			<p>Participação de outras instâncias gerenciais (coordenações municipais, estaduais e/ou nacionais de IST/aids/HV) nas soluções dos problemas identificados relacionados à vigilância em saúde no CTA.</p> <p>Realização de reuniões periódicas com a equipe multiprofissional do CTA, dirigida por profissional de nível superior qualificado em VE das IST/aids/HV, para discussão e encaminhamento dos problemas identificados no serviço.</p>	<p>Instâncias gerenciais de IST/aids/HV (municipal, estadual e nacional) com participação nas soluções de problemas identificados no CTA relacionados à vigilância em saúde.</p> <p>Nº de reuniões realizadas por profissionais de nível superior qualificados em VE das IST/aids/HV, com a equipe multiprofissional do CTA, para discussão e encaminhamento dos problemas identificados no serviço.</p>

## APÊNDICE B - Matriz de Análise e Julgamento

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	GESTÃO DE PESSOAS (9 pontos)	Expediente de atendimento do CTA planejado de acordo com a necessidade dos usuários (demanda espontânea)	Expediente do CTA, planejado de acordo com a necessidade dos usuários	EIC; Doc	Sim, totalmente (2 pontos); Sim, parcialmente (1,5 ponto); Não = (0)
		% de profissionais do CTA de nível superior que realizam o aconselhamento em IST/aids/HV no pré e pós teste, qualificados para essa atividade, de acordo com a demanda diária do serviço	≥ 80% dos profissionais do CTA	EIC; Doc	≥ 80,0% (3 pontos); 50,0 a 79,9% (1,5 ponto); ≤ 49,9% (0)
		% de profissionais de nível superior, com a mesma carga horária do expediente do CTA, para desenvolver atividades de aconselhamento em IST/aids/HV pré e pós teste, aos usuários que demandam ao serviço	≥ 80% dos profissionais do CTA	EIC; Doc	≥ 80,0% (2 pontos); 50,0 a 79,9% (1 ponto); ≤ 49,9% (0)
		Razão de testes rápidos - TR (HIV; sífilis) realizados por profissional (executor de teste), por dia de trabalho	≥ 5 TR/profissional (municípios < 100 mil habitantes - porte 1) ≥ 10 TR/profissional (municípios ≥ 100 mil habitantes - porte 2)	EIC; Doc	≥ 5 TR/profissional (porte 1) (2 pontos); ≥ 10 TR/profissional (porte 2) (2 pontos); ≥ 3 e <5 TR/profissional (porte 1) (1 ponto); ≥ 5 e <10 TR/profissional (porte 2) (1 ponto); < 3 TR/profissional (porte 1) (0);

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA
					< 5 TR/profissional (porte 2) (0)
	<b>INSUMOS DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO (5 pontos)</b>	% de usuários que diariamente demandam ao CTA, e que aceitaram realizar diagnóstico para HIV, sífilis e hepatites virais (B e C), com testagem e resultados no serviço.	100% dos usuários testados e com resultados no serviço	EIC; Doc	100% (2 pontos); 50,0 a 99,9% (1 ponto); ≤ 49,9% (0)
		Insumos de prevenção às IST/aids/HV (preservativo masculino - tamanhos 49, 52 e 56 mm, preservativo feminino, gel lubrificante, entre outros) disponibilizados suficientes, em local de fácil acesso, sem barreiras e sem determinação de quantidade, para qualquer pessoa que diariamente demanda o CTA com essa finalidade.	Insumos disponíveis em fácil local de acesso, sem barreiras e sem determinação de quantidade	EIC; OD	Sim, acesso e quantidade (3 pontos); Sim, mas insuficiente em acesso ou quantidade (1 ponto); Não = (0)
	<b>RECURSOS FINANCEIROS (3 pontos)</b>	Recursos financeiros utilizados em atividades de vigilância, prevenção e controle das IST/aids/HV no CTA, planejados com participação desse serviço	Recursos financeiros planejados com participação do CTA para a realização de atividades de vigilância, prevenção e controle das IST/aids/HV	EIC	Sim, participação no planejamento e execução (3 pontos); Sim, participação no planejamento e execução parcial (2 pontos); Sim, participação apenas no planejamento, sem garantia da execução (1 ponto) Não = (0)

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA
	<b>RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS (16 pontos)</b>	Nº de salas para aconselhamentos individuais em IST/aids/HV no CTA, por turno de atendimento	≥ 3 salas	EIC; OD	≥ 3 (3 pontos); 2 (1,5 ponto); 1 (1 ponto); Não = (0)
		Nº de salas para aconselhamentos coletivos em IST/aids/HV, por turno de atendimento	≥ 1 sala	EIC; OD	≥ 1 (2 pontos); Não = (0)
		Nº de computador em funcionamento com acesso à internet, especialmente com acesso às redes sociais, para a realização das atividades de VE das IST/aids/HV e das atividades administrativas no CTA	≥ 2 computadores em funcionamento, com acesso à internet, especialmente às redes sociais	EIC; OD	≥ 2 (3 pontos); 1 (2 pontos); Não = (0)
		Nº de impressora para a realização das atividades de VE das IST/aids/HV e das atividades administrativas no CTA	≥ 2 impressoras, em funcionamento	EIC; OD	≥ 2 (1 ponto); 1 (0,5 ponto); Não = (0)
		Materiais instrucionais atualizados em Vigilância Epidemiológica (VE) de IST/aids/HV: Guia/manual de VE, última versão disponível; portarias estadual e nacional de notificação compulsória de doenças e agravos de notificação, última versão disponível; portarias municipal, estadual e nacional de diretrizes de funcionamento dos CTA, últimas versões disponíveis; manual de diretrizes para os CTA; entre outros documentos afins, disponíveis fisicamente e/ou em formato online no CTA para todos os profissionais que, quando necessário, desejem consultá-los	Materiais instrucionais atualizados disponíveis no CTA (formato físico e/ou <i>online</i> )	OD	Sim, todos os materiais de VE atualizados e disponíveis (3 pontos); Sim, alguns materiais de VE, atualizados e disponíveis (1,5 pontos)  Não = (0)
		% de profissionais que relataram ter tido	100% dos profissionais que	EIC	100% (2 pontos);

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA
		acesso fisicamente e/ou em formato <i>online</i> , sempre que necessitou consultar, no CTA, desses materiais instrucionais	necessitaram consultar		50,0 a 99,9% (1 ponto); ≤ 49,9% (0)
		Automóvel disponível para o CTA para a realização de atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV, de VE, e de busca ativa de usuários faltosos	≥ 1 automóvel	EIC; OD	≥ 1 (2 pontos); Não = (0)
	<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA (ΣPMA) = 33 PONTOS</b>				
PROCESSO DE TRABALHO	ACONSELHAMENTO (7 pontos)	% de usuários que foram aconselhados em IST/aids/HV, no pré e pós teste, por profissionais de nível superior qualificados nessa temática	100% dos usuários aconselhados no pré e pós teste	EIC; Doc	100,0% (3 pontos); 50,0 a 99,9% (1,5 ponto); ≤ 49,9% (0)
		% de usuários que diariamente chegam ao CTA, e que são aconselhados em IST/aids/HV no pré e pós teste, por profissionais qualificados, no espaço de tempo previsto (entrada no serviço, realização dos testes e recebimento dos resultados).	100% dos usuários que chegam ao CTA, e que são aconselhados no pré e pós teste	EIC; Doc	100,0% (2 pontos); 50,0 a 99,9% (1,0 ponto); ≤ 49,9% (0)
		Nº de aconselhamentos coletivos diários às IST/aids/HV realizados no CTA.	≥ 2 aconselhamentos, por dia	EIC	≥ 2 (2 pontos); 1 (1 ponto); Não = (0)
	ASSISTÊNCIA ÀS PVHA (9 pontos)	% de usuários com diagnóstico de HIV/aids assistidos no CTA, ou referenciados, formalmente, para outros serviços	100% dos usuários com diagnóstico de HIV/aids no CTA	EIC	100% (2 pontos); 50,0 a 99,9% (1 ponto); ≤ 49,9% (0)
		% de usuários com diagnóstico de IST	100% dos usuários com	EIC	100% (2 pontos);

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA
		(sífilis; hepatites virais; entre outras) assistidos no CTA, ou referenciados, formalmente, para outros serviços	diagnóstico de IST (sífilis, hepatites virais, entre outras) no CTA		50,0 a 99,9% (1 ponto); ≤ 49,9% (0)
		% de usuários que buscaram o CTA para ter acesso à Prep ou PEP, foram assistidos por este serviço, ou referenciados, formalmente, para outros serviços	100% dos usuários que buscaram o serviço para Prep ou PEP	EIC; Doc	100% (3 pontos); 50,0 a 99,9% (1,5 ponto); ≤ 49,9% (0)
		% de usuários com HIV/aids assistidos pelo CTA, com diagnóstico de tuberculose, toxoplasmose, clamídia, entre outros exames indicados, realizados no serviço, ou referenciados, formalmente, para outros serviços	100% dos usuários com HIV/aids assistidos pelo CTA	EIC; Doc	100% (2 pontos); 50,0 a 99,9% (1 ponto); ≤ 49,9% (0)
	<b>ATIVIDADES DE PREVENÇÃO (6 pontos)</b>	Atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV (vídeos educativos, entre outras atividades) realizadas no CTA durante o expediente, em sala de espera, para os usuários na pré e pós testagem	Atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV realizadas no CTA durante o expediente em sala de espera na pré e pós testagem	EIC; OD	Sim, na pré e pós testagem durante todo o expediente (3 pontos); Sim, na pré ou pós testagem e/ou em horários específicos (1 ponto); Não = (0)
		Nº de atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV realizadas itinerantes na comunidade e em outros serviços (campanhas de prevenção - realizadas pelo CTA e/ou em parceria com outros serviços de saúde)	≥ 2 atividades anuais	EIC; Doc	≥ 2 (3 pontos); 1 (1 ponto) Não = (0)
		Fichas de notificação/investigação de HIV/aids, sífilis e hepatites B e C disponíveis no CTA, de acordo com a	Fichas de notificação/investigação do Sinan de HIV/aids, sífilis e	EIC; OD	Sim, de acordo com a demanda (3 pontos);

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA
	<b>COLETA, PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS (25 pontos)</b>	demanda do serviço em notificação compulsória dessas IST no Sinan	hepatites B e C disponíveis no CTA		Sim, mas insuficiente para a demanda (1 ponto); Não = (0)
		% de casos de infecção pelo HIV e outras IST (de notificação compulsória) diagnosticados no CTA, notificados no Sinan	100% dos casos diagnosticados no CTA	EIC; Doc	100% (4 pontos); 50,0 a 99,9% (2 pontos); ≤ 49,9% (0)
		% de usuários testados para a infecção pelo HIV no CTA, registrados no Sirex	100% dos usuários testados para a infecção pelo HIV no CTA	EIC; Doc	100% (3 pontos); 50,0 a 99,9% (1 ponto); ≤ 49,9% (0)
		% de usuários assistidos pelo CTA, faltosos (indivíduos que realizaram testagem para qualquer IST no serviço, com necessidade de retornar para concluir o diagnóstico e, não retornaram), visitados por um profissional qualificado para isso	100% dos faltosos	EIC; Doc	100,0% (4 pontos); 50,0 a 99,9% (2 pontos); ≤ 49,9% (0)
		Nº de análises de dados e informações geradas no CTA (incluindo os registros nos subsistemas de informação em saúde - Sinan, Sirex, entre outros), realizadas por profissional da equipe qualificado em VE das IST/aids/HV, para planejamento, monitoramento, avaliação e execução das atividades de atenção e de VE ao usuário (em geral e com HIV/aids e outras IST), nesse serviço	≥ 1 análise anual	EIC; Doc	≥ 1 anual (4 pontos); ≥ 1 bienal (2 pontos); ≥ 1 trienal (1 ponto); Não = (0)
		Nº Informes/Boletins epidemiológicos produzidos e publicizados anualmente em formato físico ou <i>online</i>	≥ 1 informe/boletim anual	EIC; Doc	≥ 1 anual (4 pontos); ≥ 1 bienal (2



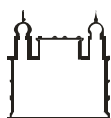
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA
					pontos); ≥ 1 trienal (1 ponto); Não = (0)
		% de atividades de atenção aos pacientes com IST/aids/HV no CTA, planejadas mediante a utilização de dados e informações (sociodemográficos e epidemiológicos) do município/região e desses usuários, entre outros, produzidos no próprio serviço	100% das atividades	EIC; Doc	100,0% (3 pontos); 50,0 a 99,9% (1,5 ponto); ≤ 49,9% (0)
	<b>DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO DAS IST (5 pontos)</b>	% de testes rápidos - TR (HIV; Sífilis) cujos resultados foram entregues no espaço de tempo previsto (entrada no serviço, realização dos testes e recebimento dos resultados)	100% dos TR realizados (HIV; Sífilis)	EIC; Doc	100,0% (3 pontos); 80,0 a 99,9% (1,5 ponto); 50,0 a 79,9% (1,0 ponto); ≤ 49,9% (0)
		% de testes (exceto os TR) cujos resultados foram entregues no espaço de tempo previsto (entrada no serviço, realização dos testes e recebimento dos resultados)	100% dos testes realizados	EIC; Doc	100,0% (2 pontos); 80,0 a 99,9% (1 ponto); 50,0 a 79,9% (0,5 ponto); ≤ 49,9% (0)
	<b>EDUCAÇÃO PERMANENTE (6 pontos)</b>	Nº de capacitações/cursos de atualização em prevenção e controle de IST/aids/HV (diagnóstico; aconselhamento; entre outras) realizadas pelo CTA, em parceria com outros serviços, especialmente de atenção básica à saúde para profissionais de saúde de nível médio e superior	≥ 2 capacitações anuais	EIC; Doc	≥ 2 (2 pontos);  1 (1 ponto);  Não = (0)

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA
		Nº de profissionais de nível médio e superior de outros serviços com formação técnica em atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV, fornecida pelo CTA	≥ 50 profissionais de saúde (nível médio e superior)	EIC; Doc	≥ 50 (2 pontos); < 50 (1 ponto); Não = (0)
		Nº de residentes (multiprofissional) cuja formação em saúde para atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV foi obtida no CTA	≥ 1 residente, por ano	EIC; Doc	≥ 1 (2 pontos); Não = (0)
	<b>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (9 pontos)</b>	Nº de reuniões de monitoramento e avaliação do trabalho com a equipe técnica do CTA, conduzidas pelo coordenador do serviço especializado em IST/aids/HV	≥ 1 reunião bimestral	EIC; Doc	≥ 1 bimestral (4 pontos); ≥ 1 trimestral (2 pontos); ≥ 1 semestral (1 ponto); = 1 anual (0,5 ponto); Não = (0)
		Instâncias gerenciais de IST/aids/HV (municipal, estadual e nacional) com participação nas soluções de problemas identificados no CTA relacionados à vigilância em saúde	Instâncias gerenciais participativas (municipal estadual e nacional)	EIC; Doc	Sim, participação dos 3 níveis (2 pontos); Sim, participação municipal e estadual (1 ponto); Sim, participação municipal (0,5 ponto); Não = (0)
		Nº de reuniões realizadas por profissionais de nível superior qualificados em VE das IST/aids/HV, com a equipe multiprofissional do CTA, para discussão e encaminhamento dos problemas	≥ 1 reunião trimestral	EIC; Doc	≥ 1 trimestral (3 pontos); ≥ 1 semestral (2 pontos); ≥ 1 anual (1

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADORES	PARÂMETRO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA
		identificados no serviço			ponto); Não =(0)
<b>PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA (ΣPMA) = 67 PONTOS</b>					
<b>TOTAL = 100 PONTOS</b>					

Nota: EIC: Entrevista com informante chave; OD: Observação direta; Doc: Documentos

## APÊNDICE C - Instrumento de Coleta (Formulário Estruturado)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

## FORMULÁRIO - NÍVEL DE IMPLANTAÇÃO

## IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome:	
CTA/Município:	
Contato: Telefone: ( )	E-mail:
Cargo/Função:	
Formação:	Ano:
Pós-graduação: ( ) Sim ( ) Não ( ) especialização ( ) residência ( ) mestrado ( ) doutorado	Ano:

## GESTÃO DE PESSOAS

## Indicadores/Fontes de Verificação:

- a) Expediente de atendimento do CTA planejado de acordo com a necessidade dos usuários (demanda espontânea) - **EIC e Doc**
- b) % de profissionais do CTA de nível superior que realizam o aconselhamento em IST/aids/HV no pré e pós teste, qualificados para essa atividade, de acordo com a demanda diária do serviço - **EIC e Doc**
- c) % de profissionais de nível superior, com a mesma carga horária do expediente do CTA, para desenvolver atividades de aconselhamento em IST/aids/HV pré e pós teste, aos usuários que demandam ao serviço - **EIC e Doc**
- d) Razão de testes rápidos - TR (HIV; sífilis) realizados por profissional (executor de teste), por dia de trabalho - **EIC e Doc**

1. Em sua opinião, o expediente deste CTA é planejado de acordo com a necessidade dos usuários? ( )  
 1 Sim, totalmente  
 2 Sim, parcialmente  
 3 Não  
 4 Outros:
2. Qual o percentual de profissionais de nível superior, qualificados em aconselhamento em IST/aids/HV, que realizam essa atividade neste CTA, no pré e pós teste?  
 \_\_\_\_\_
3. Qual o percentual desses profissionais com a mesma carga horária do expediente deste CTA?  
 \_\_\_\_\_
4. Quantos testes são realizados por profissional executor, por dia de trabalho neste CTA?  
 \_\_\_\_\_

## FINANCEIRO

## Indicador:

- a) Recursos financeiros utilizados em atividades de vigilância, prevenção e controle das IST/aids/HV no CTA, planejados com participação desse serviço - **EIC**
5. Os recursos financeiros utilizados em atividades de vigilância, prevenção e controle das IST/aids/HV neste CTA são planejados e executados pela participação deste serviço? ( )  
 1 Sim, planejamento e execução total  
 2 Sim, planejamento e execução parcial

- 3 Sim, apenas planejamento  
 3 Não  
 4 Não sabe

RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS
<b>Indicadores:</b>
a) Nº de salas para aconselhamentos individuais em IST/aids/HV no CTA, por turno de atendimento - <b>EIC e OD</b>
b) Nº de salas para aconselhamentos coletivos em IST/aids/HV, por turno de atendimento - <b>EIC e OD</b>
c) Nº de computador em funcionamento com acesso à internet, especialmente com acesso às redes sociais, para a realização das atividades de VE das IST/aids/HV e das atividades administrativas no CTA - <b>EIC e OD</b>
d) Nº de impressora para a realização das atividades de VE das IST/aids/HV e das atividades administrativas no CTA - <b>EIC e OD</b>
e) Materiais instrucionais atualizados em Vigilância Epidemiológica (VE) de IST/aids/HV: Guia/manual de VE, última versão disponível; portarias estadual e nacional de notificação compulsória de doenças e agravos de notificação, última versão disponível; portarias municipal, estadual e nacional de diretrizes de funcionamento dos CTA, últimas versões disponíveis; manual de diretrizes para os CTA; entre outros documentos afins, disponíveis fisicamente e/ou em formato online no CTA para todos os profissionais que, quando necessário, desejem consulta-los - <b>OD</b>
f) % de profissionais que relataram ter tido acesso fisicamente e/ou em formato online, sempre que necessitou consultar, no CTA, desses materiais instrucionais - <b>EIC</b>
g) Automóvel disponível para o CTA para a realização de atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV, de VE, e de busca ativa de usuários faltosos <b>EIC e OD</b>

6. Qual o número de salas para aconselhamentos individuais em IST/aids/HV, por turno de atendimento, \_\_\_\_\_ neste \_\_\_\_\_ CTA?
7. Qual é o número de salas para aconselhamentos coletivos em IST/aids/HV, por turno de atendimento, \_\_\_\_\_ neste \_\_\_\_\_ CTA?
8. Qual o número de computadores, em funcionamento, com acesso à internet e às redes sociais, para a realização das atividades de VE das IST/aids/HV e das atividades administrativas neste CTA? \_\_\_\_\_
9. Qual o número de impressoras para a realização das atividades de VE das IST/aids/HV e das atividades \_\_\_\_\_ administrativas \_\_\_\_\_ neste \_\_\_\_\_ CTA?
10. Existem materiais instrucionais atualizados em Vigilância Epidemiológica (VE) de IST/aids/HV (Guia/manual de Vigilância Epidemiológica (VE), última versão disponível; portarias estadual e nacional de notificação compulsória de doenças e agravos de notificação, última versão disponível; portarias estadual e nacional de diretrizes de funcionamento dos CTA, última versão disponível; manual de diretrizes para os CTA; entre outros documentos afins), disponíveis fisicamente e/ou em formato *online* neste CTA para todos os profissionais que, quando necessário, desejem consulta-los?  
 ( )  
 1 Sim, todos os materiais de VE atualizados e disponíveis  
 2 Sim, alguns materiais de VE, atualizados e disponíveis  
 3 Não
11. Qual o percentual de profissionais deste CTA que relataram ter tido acesso fisicamente e/ou em formato online, sempre que necessitou consultar, no CTA, desses materiais instrucionais?  
 \_\_\_\_\_
12. Existe automóvel disponível para o CTA para a realização de atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV, de VE, e de busca ativa de usuários faltosos?  
 ( )  
 1 Sim. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_  
 2 Não

DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO DAS IST
<b>Indicadores:</b>
a) % de testes rápidos - TR (HIV; Sífilis) cujos resultados foram entregues no espaço de tempo previsto (entrada no serviço, realização dos testes e recebimento dos resultados) - <b>EIC e Doc</b>

b) % de testes (exceto os TR) cujos resultados foram entregues no espaço de tempo previsto (entrada no serviço, realização dos testes e recebimento dos resultados) - **EIC e Doc**

13. Qual o percentual de testes rápidos - TR (HIV; Sífilis) cujos resultados foram entregues no espaço de tempo previsto (entrada no serviço, realização dos testes e recebimento dos resultados – até duas horas no último mês)?

14. Qual o percentual de testes (exceto os TR) cujos resultados foram entregues no espaço de tempo previsto (entrada no serviço, realização dos testes e recebimento dos resultados – até 20 dias).

### ACONSELHAMENTO

#### Indicadores:

a) % de usuários que foram aconselhados em IST/aids/HV, no pré e pós teste, por profissionais de nível superior qualificados nessa temática - **EIC e Doc**

b) % de usuários que diariamente chegam ao CTA, e que são aconselhados em IST/aids/HV no pré e pós teste, por profissionais qualificados, no espaço de tempo previsto (entrada no serviço, realização dos testes e recebimento dos resultados) - **EIC e Doc**

c) Nº de aconselhamentos coletivos diários às IST/aids/HV realizados no CTA - **EIC**

15. Qual o percentual de usuários que foram aconselhados em IST/aids/HV, no pré e pós teste, por profissionais de nível superior qualificados nessa temática, no último mês?

16. Qual o percentual de usuários que foram aconselhados em IST/aids/HV, no pré e pós teste, por profissionais qualificados, no espaço de tempo previsto (entrada no serviço, realização dos testes e recebimento dos resultados – no mesmo turno de atendimento)?

17. Quantos aconselhamentos coletivos em IST/aids/HV são realizados diariamente no CTA?

### INSUMOS DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO

#### Indicadores:

a) % de usuários que diariamente demandam ao CTA, e que aceitaram realizar diagnóstico para HIV, sífilis e hepatites virais (B e C), com testagem e resultados no serviço - **EIC e Doc**

b) Insumos de prevenção às IST/aids/HV (preservativo masculino - tamanhos 49, 52 e 56 mm, preservativo feminino, gel lubrificante, entre outros) disponibilizados suficientes, em local de fácil acesso, sem barreiras e sem determinação de quantidade, para qualquer pessoa que diariamente demanda o CTA com essa finalidade - **EIC e OD**

18. Qual o percentual de usuários que demandam a este CTA, e que aceitaram realizar diagnóstico para HIV, sífilis e hepatites virais (B e C), com testagem e resultados no serviço, no último mês?

19. Existem insumos de prevenção às IST/aids/HV (preservativo masculino - tamanhos 49, 52 e 56 mm, preservativo feminino, gel lubrificante, entre outros) disponibilizados suficientes, em local de fácil acesso, sem barreiras e sem determinação de quantidade, para qualquer pessoa que diariamente demanda o CTA com essa finalidade?

( )

1 Sim, acesso e quantidade

2 Sim, mas insuficiente em acesso ou quantidade

3 Não

4 Não sabe

### ATIVIDADES DE PREVENÇÃO

#### Indicadores

a) Atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV (vídeos educativos, entre outras atividades) realizadas no CTA durante o expediente, em sala de espera, para os usuários na pré e pós testagem - **EIC e OD**

b) Nº de atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV realizadas itinerantes na comunidade e em outros serviços (campanhas de prevenção - realizadas pelo CTA e/ou em parceria com outros serviços de saúde) - **EIC e Doc**

20. Este CTA possui sala de espera para os usuários na pré e pós testagem, com atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV, com vídeos educativos, entre outras atividades durante o expediente do serviço?

( )

1 Sim, possui sala de espera com atividades educativas

2 Sim, possui sala de espera, mas sem atividades educativas

3 Não

21. Este CTA realiza ou presta assessoria a outros serviços de saúde para realizar atividades educativas de prevenção às IST/aids/HV (campanhas de prevenção, entre outras) itinerantes na comunidade e em outros serviços?

( )

1 Sim. Se sim, quantas foram realizadas no último ano? \_\_\_\_\_

2 Não

### ASSISTÊNCIA ÀS PVHA

#### Indicadores:

a) % de usuários com diagnóstico de HIV/aids assistidos no CTA, ou referenciados, formalmente, para outros serviços - **EIC**

b) % de usuários com diagnóstico de IST (sífilis; hepatites virais; entre outras) assistidos no CTA, ou referenciados, formalmente, para outros serviços - **EIC**

c) % de usuários que buscaram o CTA para ter acesso à Prep ou PEP, foram assistidos por este serviço, ou referenciados, formalmente, para outros serviços - **EIC e OD**

d) % de usuários com HIV/aids assistidos pelo CTA, com diagnóstico de tuberculose, toxoplasmose, clamídia, entre outros exames indicados, realizados no serviço, ou referenciados, formalmente, para outros serviços - **EIC e OD**

22. Qual o percentual de usuários com diagnóstico de HIV/aids no CTA, assistidos neste serviço, ou referenciados, formalmente, para outros serviços, no último ano?

23. Qual o percentual de usuários com diagnóstico de IST (sífilis; hepatites virais; entre outras) no CTA, assistidos neste CTA, ou referenciados, formalmente, para outros serviços, no último ano?

24. Qual o percentual de usuários que buscaram o CTA para ter acesso à Prep ou PEP que foram assistidos por este serviço, ou foram referenciados, formalmente, para outros serviços, no último ano?

25. Qual o percentual de usuários com HIV/aids assistidos pelo CTA, com diagnóstico de tuberculose, toxoplasmose, clamídia, entre outros exames indicados, realizados no serviço, ou referenciados, formalmente, para outros serviços?

### COLETA DE DADOS, PROCESSAMENTO E ANÁLISE

#### Indicadores:

a) Fichas de notificação/investigação de HIV/aids, sífilis e hepatites B e C disponíveis no CTA, de acordo com a demanda do serviço em notificação compulsória dessas IST no Sinan - **EIC e OD**

b) % de casos de infecção pelo HIV e outras IST (de notificação compulsória) diagnosticados no CTA, notificados no Sinan - **EIC e Doc**

c) % de usuários testados para a infecção pelo HIV no CTA, registrados no Sirex - **EIC e Doc**

d) % de usuários assistidos pelo CTA, faltosos (indivíduos que realizaram testagem para qualquer IST no serviço, com necessidade de retornar para concluir o diagnóstico e, não retornaram), visitados por um profissional qualificado para isso - **EIC e Doc**

e) Nº de análises de dados e informações geradas no CTA (incluindo os registros nos subsistemas de informação em saúde - Sinan, Sirex, entre outros), realizadas por profissional da equipe qualificado em VE das

IST/aids/HV, para planejamento, monitoramento, avaliação e execução das atividades de atenção e de VE ao usuário (em geral e com HIV/aids e outras IST), nesse serviço - **EIC e Doc**

f) Nº Informes/Boletins epidemiológicos produzidos e publicizados anualmente em formato físico ou online

g) % de atividades de atenção aos pacientes com IST/aids/HV no CTA, planejadas mediante a utilização de dados e informações (sociodemográficos e epidemiológicos) do município/região e desses usuários, entre outros, produzidos no próprio serviço- **EIC e Doc**

26. Existem fichas impressas de notificação/investigação de HIV/aids, sífilis e hepatites B e C disponíveis neste CTA, de acordo com a demanda do serviço em notificação compulsória dessas IST no Sinan?

( )

1 Sim

2 Não

3 Não sabe

27. Qual o percentual de casos de infecção pelo HIV e outras IST (de notificação compulsória) diagnosticados neste CTA, notificados no Sinan, no último ano?

28. Qual o percentual de usuários testados para a infecção pelo HIV no CTA, registrados no Sirex, no último ano?

29. Qual o percentual de usuários assistidos pelo CTA, faltosos (indivíduos que realizaram testagem para qualquer IST no serviço, com necessidade de retornar para concluir o diagnóstico e, não retornaram), visitados por um profissional qualificado para isso, no último mês?

30. Qual o número de análises de dados e informações geradas no CTA (incluindo os registros nos subsistemas de informação em saúde - Sinan, Sirex, entre outros), realizadas por profissional da equipe qualificado em VE das IST/aids/HV, para planejamento, monitoramento, avaliação e execução das atividades de atenção e de VE ao usuário (em geral e com HIV/aids e outras IST), nesse serviço, no último ano?

31. Qual o número de informes/boletins epidemiológicos produzidos e publicizados por este CTA em formato físico ou online, no último ano?

32. Qual o percentual de atividades de atenção aos pacientes com IST/aids/HV no CTA que foram planejadas mediante a utilização de dados e informações (sociodemográficos e epidemiológicos) do município/região e desses usuários, entre outros, produzidos no próprio serviço, no último ano?

## EDUCAÇÃO PERMANENTE

### Indicadores:

a) Nº de capacitações/cursos de atualização em prevenção e controle de IST/aids/HV (diagnóstico; aconselhamento; entre outras) realizadas pelo CTA, em parceria com outros serviços, especialmente de atenção básica à saúde para profissionais de saúde de nível médio e superior - **EIC e Doc**

b) Nº de profissionais de nível médio e superior de outros serviços com formação técnica em atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV, fornecida pelo CTA - **EIC e Doc**

c) Nº de residentes (multiprofissional) cuja formação em saúde para atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV foi obtida no CTA - **EIC e Doc**

33. Qual o número de capacitações/cursos de atualização em prevenção e controle de IST/aids/HV (diagnóstico; aconselhamento; entre outras) realizadas pelo CTA, em parceria com outros serviços, especialmente de atenção básica à saúde para profissionais de saúde de nível médio e superior, no último ano?

34. Qual o número de profissionais de nível médio e superior de outros serviços com formação técnica em atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV, fornecida pelo CTA, no último ano?

35. Qual o número de residentes (multiprofissional) cuja formação em saúde para atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV foi obtida no CTA, no último ano?



MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
<b>Indicadores:</b>
a) Nº de reuniões de monitoramento e avaliação do trabalho com a equipe técnica do CTA, conduzidas pelo coordenador do serviço especializado em IST/aids/HV - <b>EIC e Doc</b>
b) Instâncias gerenciais de IST/aids/HV (municipal, estadual e nacional) com participação nas soluções de problemas identificados no CTA relacionados à vigilância em saúde - <b>EIC e Doc</b>
c) Nº de reuniões realizadas por profissionais de nível superior qualificados em VE das IST/aids/HV, com a equipe multiprofissional do CTA, para discussão e encaminhamento dos problemas identificados no serviço - <b>EIC e Doc</b>

- |   |
|---|
| a) Nº de reuniões de monitoramento e avaliação do trabalho com a equipe técnica do CTA, conduzidas pelo coordenador do serviço especializado em IST/aids/HV - <b>EIC e Doc</b>  |
| b) Instâncias gerenciais de IST/aids/HV (municipal, estadual e nacional) com participação nas soluções de problemas identificados no CTA relacionados à vigilância em saúde - <b>EIC e Doc</b>  |
| c) Nº de reuniões realizadas por profissionais de nível superior qualificados em VE das IST/aids/HV, com a equipe multiprofissional do CTA, para discussão e encaminhamento dos problemas identificados no serviço - <b>EIC e Doc</b> |

36. Qual o número de reuniões de monitoramento e avaliação do trabalho com a equipe técnica do CTA, conduzidas pelo coordenador do serviço especializado em IST/aids/HV realizadas, no último ano? \_\_\_\_\_
37. Há participação das instâncias gerenciais de IST/aids/HV ([municipal](#), [estadual](#) e [nacional](#)) nas soluções de problemas identificados neste CTA relacionados à vigilância em saúde?  
( )
1. Sim, participação dos 3 níveis
  2. Sim, participação municipal e estadual
  3. Sim, participação municipal
  4. Não
38. Qual o número de reuniões realizadas por profissionais de nível superior qualificados em VE das IST/aids/HV, com a equipe multiprofissional deste CTA, para discussão e encaminhamento dos problemas identificados no serviço, no último ano?  
\_\_\_\_\_

Nota: EIC: Entrevista com informante chave; OD: Observação direta; Doc: Documentos.

## APÊNDICE D - Matriz de Julgamento de Contexto Organizacional

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIA	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PARÂMETRO CONTEXTO FAVORÁVEL	CRITÉRIO/PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA
<b>Projeto de Governo</b>	Plano de Governo (18 pontos)	Planejamento de atividades do CTA, com ações de vigilância epidemiológica (VE) às IST/aids/HV, em conformidade com o Plano Municipal de Saúde (PMS)	EIC; Doc	Atividades do CTA planejadas, com ações de VE às IST/aids/HV em conformidade com PMS do período de 2014 a 2017 (6 pontos)	Coerência entre o discurso, a consistência no PMS e nas atividades de VE às IST/aids/HV no CTA = 6 pontos Coerência entre o discurso, mas inconsistência no PMS e/ou nas atividades do CTA = 3 pontos
		Priorização nas ações de VE às IST/aids/HV nas ações programadas no CTA	EIC	Ações de VE às IST/aids/HV priorizadas no planejamento das atividades do CTA (6 pontos)	Coerência entre o discurso e a priorização das ações de VE IST/aids/HV no PMS = 6 pontos Priorização no discurso, mas ações de VE às IST/aids/HV não consistentes no PMS = 3 pontos
		Coerência entre as ações de VE às IST/aids/HV planejadas e os problemas identificados no CTA relacionados à essa temática	EIC; Doc	Ações de VE às IST/aids/HV programadas de acordo com a análise de problemas identificados nos CTA relacionados à essa temática (6 pontos)	Coerência entre o discurso das ações planejadas de VE IST/aids/HV e a realização de análises nessa temática no CTA = 6 pontos Coerência entre o discurso das ações de VE às IST/aids/HV planejadas, mas sem realização de análises nessa temática no CTA = 3 pontos
	Recurso Financeiro (6 pontos)	Recursos financeiros utilizados pelo CTA para as ações de VE às IST/aids/HV, planejados com o coordenador desse serviço	EIC	Recursos financeiros para as ações de VE às IST/aids/HV utilizados pelo CTA, planejados com o coordenador desse serviço (6 pontos)	Coordenador como integrante do planejamento do recurso financeiro para o CTA no PMS = 6 pontos

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIA	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PARÂMETRO CONTEXTO FAVORÁVEL	CRITÉRIO/PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA
	Direção do Plano (6 pontos)	Conformidade entre as ações de VE às IST/aids/HV planejadas para o CTA e as diretrizes municipais, estaduais e nacionais para esses serviços	Doc	Ações planejadas de VE às IST/aids/HV de acordo com os manuais, diretrizes, portarias e normas técnicas dos três níveis de gestão nessa temática e, em conformidade, com o Plano Municipal de Saúde (PMS) do período de 2014 a 2017 (6 pontos)	Planejamento das ações de VE às IST/aids/HV de acordo com as normas e diretrizes e em conformidade com o PMS = 6 pontos Planejamento das ações de VE às IST/aids/HV em conformidade com o PMS, mas não com as normas e diretrizes nessa temática = 3 pontos
	<b>ΣPMA (30 pontos)</b>				
<b>Capacidade de Governo</b>	Perfil do coordenador (17 pontos)	Coordenador do CTA com formação na área de IST/aids/HV	EIC	Coordenador do CTA com formação na área de IST/aids/HV (nível técnico e/ou superior) (4 pontos)	Formação na temática global de IST/aids/HV (curso de no mínimo 40 horas/aula) = 4 pontos
		Coordenador do CTA qualificado em VE às IST/aids/HV	EIC	Coordenador do CTA qualificado em VE às IST/aids/HV através de cursos de atualização/curso básico de vigilância epidemiológica ou outros cursos afins (3 pontos)	Curso/atualização em VE às IST/aids/HV realizado no período máximo de 2 anos = 3 pontos Curso/atualização em VE às IST/aids/HV realizado no período no máximo de 5 anos = 1,5 ponto
		Coordenador do CTA com conhecimento sobre a situação epidemiológica das IST/aids/HV no município/região/estado/país	EIC	Coordenador com conhecimento da situação epidemiológica, com menção dos principais indicadores na área e com ciência da importância desses em saúde pública (3 pontos)	Coerência no discurso entre a situação epidemiológica do município/região/estado/país e os principais indicadores de IST/aids/HV = 4 pontos

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIA	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PARÂMETRO CONTEXTO FAVORÁVEL	CRITÉRIO/PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA
		Coordenador com conhecimento sobre: portarias; notas técnicas; diretrizes; entre outros documentos afins de prevenção e controle às IST/aids/HV	EIC	Coordenador com conhecimento sobre: portarias; notas técnicas; diretrizes, entre outros documentos afins de prevenção e controle às IST/aids/HV, com menção de utilização desses documentos mais atuais no serviço (3 pontos)	Coerências no discurso dos principais instrumentos de prevenção e controle às IST/aids/HV, com menção de utilização desses no serviço = 3 pontos Coerência no discurso dos principais instrumentos de prevenção e controle às IST/aids/HV, mas sem menção de utilização desses no serviço = 1,5 ponto
		Coordenador com experiência anterior de trabalho com a temática de IST/aids/HV	EIC	Coordenador com experiência anterior de trabalho com a temática de IST/aids/HV, no mínimo de 1 ano (3 pontos)	Experiência de trabalho na temática de IST/aids/HV $\geq 1$ ano = 3 pontos Experiência de trabalho na temática de IST/aids/HV $< 1$ ano $\geq 6$ meses = 1,5 ponto
	Perfil da Equipe Técnica (11 pontos)	Número de profissionais suficientes para desenvolver as ações de prevenção e controle às IST/aids/HV no CTA	EIC	Número de profissionais suficientes, por turno de atendimento, disponíveis para desenvolver as ações de prevenção e controle às IST/aids/HV no CTA (3 pontos)	Número de profissionais suficientes, por turno de atendimento = 3 pontos

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIA	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PARÂMETRO CONTEXTO FAVORÁVEL	CRITÉRIO/PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA
		Equipe técnica qualificada em ações de VE às IST/aids/HV	EIC	Profissionais do CTA qualificados em VE às IST/aids/HV (curso de atualização, capacitação ou formação técnica e/ou superior), com menção de realização desses cursos/atualização e menção das principais atividades de VE no serviço (≥80% dos profissionais) (3 pontos)	≥80% dos profissionais = 3 pontos ≥ 20% < 80% = 1,5 ponto
		Equipe técnica qualificada em VE às IST/aids/HV, com capacidade de desenvolver análises epidemiológicas no CTA	EIC, Doc	Equipe técnica qualificada em VE às IST/aids/HV, com produção de pelo menos 1 análise epidemiológica por ano (boletins epidemiológicos, ou outros documentos afins) (3 pontos)	≥ 1 profissional qualificado em VE às IST/aids/HV no CTA, com produção de pelo menos 1 análise epidemiológica no ano = 3 pontos
		Equipe técnica com experiência anterior de trabalho com a temática de IST/aids/HV	EIC	Equipe técnica com experiência anterior de trabalho nas ações de prevenção e controle às IST/aids/HV, no mínimo de 1 ano	≥80% dos profissionais = 2 pontos ≥ 20% < 80% = 1 ponto
	Desenho Organizativo (8 pontos)	Coordenação do CTA com função exclusiva de gestor nesse serviço	EIC	Coordenador do CTA com função exclusiva de gestor durante o expediente do serviço (2 pontos)	Coordenador com função exclusiva e com a mesma carga horária = 2 pontos Coordenador com função exclusiva mas, carga horária menor = 1.5 Coordenador sem função exclusiva, mas com a mesma carga horária = 1 ponto

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIA	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PARÂMETRO CONTEXTO FAVORÁVEL	CRITÉRIO/PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA
		Coordenação do CTA com manutenção e estabilidade profissional no serviço	EIC	Coordenador com menção de manutenção e estabilidade profissional no serviço (2 pontos)	Menção de manutenção e estabilidade profissional = 2 pontos
		Equipe técnica do CTA com manutenção e estabilidade profissional no serviço		Equipe técnica com menção de manutenção e estabilidade profissional no serviço (2 pontos)	Menção de manutenção e estabilidade profissional = 2 pontos
		Equipe técnica do CTA com participação no processo de decisão das atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV, com motivação pelo coordenador do serviço	EIC	Atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV programadas no CTA com a participação de equipe técnica motivada pelo coordenador desse serviço para a realização dessa ação (2 pontos)	≥80% dos profissionais = 2 pontos ≥ 20% < 80% = 1 ponto
	Articulação intersetorial (4 pontos)	Coordenação do CTA articulada com outras instâncias gerências (municipal, estadual e nacional) para programação e execução das ações prevenção e controle às IST/aids/HV	EIC	Existência de articulação entre a coordenação do CTA e as instâncias gerências (municipal, estadual e nacional) para programação e execução das ações prevenção e controle às IST/aids/HV no serviço (2 pontos)	Articulação nos três níveis = 2 pontos Articulação nos níveis municipal e estadual = 1,5 ponto Articulação no nível municipal = 1 ponto
		Coordenação do CTA articulada com outras instâncias gerências (municipal, estadual e nacional) para resolução dos problemas relacionados à VE no CTA	EIC	Existência de articulação entre a coordenação do CTA e as instâncias gerências (municipal, estadual e nacional) para resolução de problemas relacionados à VE nos CTA (2 pontos)	Articulação nos três níveis = 2 pontos Articulação nos níveis municipal e estadual = 1,5 ponto Articulação no nível municipal = 1 ponto
	<b>ΣPMA (40 pontos)</b>				

CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIA	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PARÂMETRO CONTEXTO FAVORÁVEL	CRITÉRIO/PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA
<b>Governabilidade do Sistema</b>	Autonomia do Coordenador do CTA (15 pontos)	Coordenador do CTA com autonomia no planejamento das atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV do serviço, conforme as ações previstas no PMS	EIC; Doc	Atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV do CTA planejadas pelo coordenador desse serviço, conforme as ações previstas no PMS (4 pontos)	Coerência entre o discurso das ações planejadas e a consistência no PMS = 4 pontos
		Coordenador do CTA com autonomia para planejar e utilizar recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV no serviço	EIC	Recursos financeiros utilizados pelo CTA, de acordo com o planejamento do coordenador deste serviço para as ações de prevenção e controle às IST/aids/HV (4 pontos)	Menção de autonomia no planejamento e execução do recurso financeiro = 4 pontos Menção de autonomia no planejamento do recurso financeiro = 2 pontos
		Coordenador do CTA com autonomia para à tomada de decisão no processo de trabalho do serviço (5 pontos)	EIC	Coordenador do CTA com autonomia na contratação de profissionais para o serviço (2 pontos)	Autonomia total = 2 pontos Autonomia parcial = 1 ponto
				Coordenador do CTA com autonomia na negociação de salário e incentivo financeiro para os profissionais do serviço (2 pontos)	Autonomia total = 2 pontos Autonomia parcial = 1 ponto
				Coordenador do CTA com autonomia nas condições de trabalho dos profissionais do serviço (turno de trabalho, atividades desenvolvidas, entre outras) (3 pontos)	Autonomia total nas condições de trabalho dos profissionais do serviço (turno de trabalho, atividades desenvolvidas, entre outras) = 3 pontos Autonomia parcial nas condições de trabalho dos profissionais do serviço (turno de trabalho, atividades desenvolvidas, entre outras) =

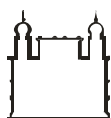
CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIA	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PARÂMETRO CONTEXTO FAVORÁVEL	CRITÉRIO/PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA
					1,5 ponto
	Adesão dos Interessados (10 pontos)	Adesão de usuários no CTA às atividades de testagem e aconselhamento às IST/aids/HV, de acordo com a demanda de atendimento planejada para esse serviço (2 pontos)	EIC	Boa adesão de usuários de CTA na testagem e aconselhamento às IST/aids/HV, de acordo com o perfil de atendimento planejado para esse serviço	<p>≥80% do perfil de usuário planejado = 2 pontos</p> <p>≥ 20% &lt; 80% do perfil de usuário planejado = 1 ponto</p>
		Adesão da equipe técnica do CTA ao serviço (8 pontos)	EIC	Equipe técnica com identificação/satisfação com o trabalho desenvolvido no CTA	<p>≥80% dos profissionais = 2 pontos</p> <p>≥ 20% &lt; 80% = 1 ponto</p>
				Profissionais com pretensão em fazer carreira no serviço	<p>≥80% dos profissionais = 2 pontos</p> <p>≥ 20% &lt; 80% = 1 ponto</p>
				Baixo índice de absenteísmo entre os profissionais	Menção de baixo índice de absenteísmo entre os profissionais = 2 pontos
				Participação dos profissionais do CTA no planejamento das atividades do serviço	<p>≥80% dos profissionais = 2 pontos</p> <p>≥ 20% &lt; 80% = 1 ponto</p>



CATEGORIA DE ANÁLISE	SUBCATEGORIA	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PARÂMETRO CONTEXTO FAVORÁVEL	CRITÉRIO/PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA
	Estrutura política-administrativa (5 pontos)	Existência de instrumentos (portarias, notas técnicas, diretrizes, entre outros documentos afins) que assegurem às ações de prevenção e controle às IST/aids/HV em nível municipal, estadual e nacional (2 pontos)	EIC	Existência de instrumentos em nível municipal, estadual e nacional que assegurem à prevenção e controle às IST/aids/HV no CTA	Menção dos principais instrumentos nos três níveis de gestão = 2 pontos Menção dos principais instrumentos dos níveis estadual/municipal = 1 ponto
		Participação do coordenador de CTA na elaboração de instrumentos (portarias, notas técnicas, diretrizes, entre outros documentos afins) que assegurem às ações de prevenção e controle às IST/aids/HV no serviço (3 pontos)	EIC; Doc	Coordenador com a participação na elaboração de instrumentos (portarias, notas técnicas, diretrizes, entre outros documentos afins) que assegurem às ações de prevenção e controle às IST/aids/HV no serviço	Menção de participação na elaboração desses instrumentos, no período máximo de 2 anos = 3 pontos Menção de participação na elaboração desses instrumentos, no período máximo de 5 anos = 1,5 pontos
	<b>ΣPMA (30 pontos)</b>				
<b>TOTAL</b>					<b>100</b>

Nota: EIC: Entrevista com informante chave; OD: Observação direta; Doc: Documentos

## APÊNDICE E - Instrumento de Coleta (Formulário Semiestruturado)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

## FORMULÁRIO - ANÁLISE DE CONTEXTO

## IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome:	
CTA/Município:	
Contato: Telefone: ( )	E-mail:
Cargo/Função:	
Formação:	Ano:
Pós-graduação: ( ) Sim ( ) Não ( ) especialização ( ) residência ( ) mestrado ( ) doutorado	Ano:

## PROJETO DE GOVERNO

## PLANO DE GOVERNO

## Indicadores:

- a) Planejamento de atividades do CTA, com ações de vigilância epidemiológica (VE) às IST/aids/HV, em conformidade com o Plano Municipal de Saúde (PMS) - **EIC e Doc**
- b) Coerência entre as ações de VE às IST/aids/HV planejadas e os problemas identificados no CTA relacionados à essa temática – **EIC e Doc**
- c) Priorização nas ações de VE às IST/aids/HV nas ações programadas no CTA - **EIC e Doc**

1. Neste CTA, existe planejamento de atividades, com ações de VE às IST/aids/HV, em conformidade com o PMS?

( )

1. Sim. Se sim, quais são as ações de VE?

2. Não. Se não, por quê?

3. Não sabe

1.1 Caso exista ações de VE às IST/aids/HV na programação das atividades do CTA, essas estão em conformidade com o PMS?

( )

1. Sim. Se sim, quais são as diretrizes nessa temática no PMS?

2. Não. Se não, por quê?

3. Não utiliza o PMS para programar as ações de VE. Se não utiliza, por que?

4. Não sabe

Caso exista ações de VE às IST/aids/HV na programação das atividades do CTA, essas são planejadas de acordo com os problemas identificados nessa temática?

1. Sim. Se sim, como são identificados esses problemas?

2. Não. Se não, por quê?

3. Não sabe

2. As ações de VE às IST/aids/HV são priorizadas neste CTA?  
( )

1. Sim. Se sim, como essas ações são priorizadas?

2. Não. Se não, por quê?

3. Não sabe

### RECURSO FINANCEIRO

#### Indicadores:

a) Recursos financeiros utilizados pelo CTA para as ações de VE às IST/aids/HV, planejados com o coordenador desse serviço - **EIC**

3. Existe recurso financeiro específico para implementação das ações de VE às IST/aids/HV no CTA? ( )

1. Sim. Se sim, a coordenação do CTA participa no planejamento desse recurso para utilização no serviço?

2. Não

3. Não sabe

3.1 Caso o recurso financeiro não seja específico, a coordenação do CTA participa no planejamento desse recurso para utilização no serviço?  
( )

1. Sim. Se sim, de que forma participa?

2. Não. Se não, por quê?

3. Não sabe

### DIREÇÃO DO PLANO

#### Indicadores:

a) Conformidade entre as ações de VE às IST/aids/HV planejadas para o CTA e as diretrizes municipais, estaduais e nacionais para esses serviços - **EIC, Doc**

4. As ações de VE às IST/aids/HV planejadas no CTA estão em conformidade com as diretrizes?  
( )

1. Sim. Se sim, em quais níveis de gestão e com quais instrumentos?

2. Não

3. Não existe ações de VE às IST/aids/HV planejadas para o CTA

### CAPACIDADE DE GOVERNO

#### PERFIL DO COORDENADOR DO CTA

##### Indicadores:

a) Coordenador do CTA com formação na área de IST/aids/HV - **EIC**

b) Coordenador do CTA qualificado em VE às IST/aids/HV

c) Coordenador do CTA com conhecimento das ações programadas de prevenção, controle e vigilância às IST/aids/HV no PMS - **EIC**

d) Coordenador do CTA com conhecimento sobre a situação epidemiológica das IST/aids/HV no município/região/estado/país - **EIC**

e) Coordenador com conhecimento sobre: portarias; notas técnicas; diretrizes; entre outros documentos afins de prevenção e controle às IST/aids/HV - **EIC**

f) Coordenador com experiência anterior de trabalho nas ações de prevenção e controle às IST/aids/HV - **EIC**

5. Possui formação na área IST/aids/HV?  
( )

1. Sim. Se sim, em qual nível de formação e como essa contribui na condução das atividades do CTA?  
\_\_\_\_\_
2. Não. Se não, por quê?  
\_\_\_\_\_
- 5.1 Caso não possua formação na área de IST/aids/HV acredita que essa pode contribuir na condução das atividades do CTA?  
( )
1. Sim. Se sim, como essa formação pode contribuir na condução das atividades do CTA?  
\_\_\_\_\_
2. Não. Se não, por quê?  
\_\_\_\_\_
6. Possui qualificação em VE às IST/aids/HV?  
( )
1. Sim. Se sim, em qual nível de qualificação e como essa contribui na condução das atividades do CTA?  
\_\_\_\_\_
2. Não. Se não, por quê?  
\_\_\_\_\_
- 6.1 Caso não possua qualificação em VE às IST/aids/HV acredita que essa pode contribuir na condução das atividades do CTA?  
( )
1. Sim. Se sim, como essa formação pode contribuir na condução das atividades do CTA?  
\_\_\_\_\_
2. Não. Se não, por quê?  
\_\_\_\_\_
7. Possui conhecimento sobre a situação epidemiológica das IST/aids/HV do município/região/estado/país? ( )
1. Sim. Se sim, quais os indicadores nesta área que você conhece e que acredita ter importância para a saúde pública no município/estado/região/país?  
\_\_\_\_\_
2. Não. Se não, acredita que conhecer essa situação pode contribuir no enfrentamento às IST/aids/HV, Por que?  
\_\_\_\_\_
8. Possui conhecimento sobre: portarias; notas técnicas; diretrizes; entre outros documentos afins de prevenção e controle às IST/aids/HV?  
( )
1. Sim. Se sim, quais desses são utilizados no serviço, por quê?  
\_\_\_\_\_
2. Não. Se não, acredita que conhecer esses documentos pode contribuir no enfrentamento às IST/aids/HV, por que?  
\_\_\_\_\_
9. Possui experiência anterior de trabalho com a temática de IST/aids/HV?  
( )
1. Sim. Se sim, qual cargo exerceu e quanto tempo de experiência?  
\_\_\_\_\_
2. Não. Se não, acredita que ter experiência de trabalho anterior nessa temática pode contribuir na condução das atividades relacionadas à prevenção e controle às IST/aids/HV no CTA?  
\_\_\_\_\_

#### PERFIL DA EQUIPE TÉCNICA DO CTA

##### Indicadores:

- a) Número de profissionais suficientes para desenvolver as ações de prevenção e controle às IST/aids/HV no CTA - **EIC**
- b) Equipe técnica qualificada em ações de VE às IST/aids/HV - **EIC**
- c) Equipe técnica qualificada em VE às IST/aids/HV, com capacidade de desenvolver análises epidemiológicas no CTA – **EIC; Doc**
- d) Equipe técnica com experiência anterior de trabalho nas ações de prevenção e controle às IST/aids/HV - **EIC**

10. Em sua opinião, o número de profissionais do CTA é suficiente para realização das ações de prevenção e controle às IST/aids/HV, por turno de atendimento?  
( )  
1. Sim.  
2. Não. Se não, por quê?  
3. Não sabe
11. Possui qualificação em ações de VE às IST/aids/HV?  
( )  
1. Sim. Se sim, como ocorreu essa qualificação e quais são as principais ações de VE realizadas no serviço? \_\_\_\_\_  
2. Não. Se não, acredita que essa qualificação contribui no desenvolvimento das ações de VE no serviço, por quê? \_\_\_\_\_  
3. Não sabe
12. Realiza análises epidemiológicas no CTA?  
( )  
1. Sim. Se sim, quais tipos de documentos são produzidos com essas análises e qual é periodicidade entre elas? \_\_\_\_\_  
2. Não. Se não, acredita que essas análises podem contribuir com o desenvolvimento das ações de VE pelo serviço, por quê? \_\_\_\_\_
13. Possui experiência anterior de trabalho com a temática de IST/aids/HV?  
( )  
1. Sim. Se sim, qual cargo exerceu e quanto tempo de experiência? \_\_\_\_\_  
2. Não. Se não, acredita que ter experiência de trabalho anterior nessa temática pode contribuir na condução das atividades relacionadas à prevenção e controle às IST/aids/HV no CTA? \_\_\_\_\_

### DESENHO ORGANIZATIVO

#### Indicadores:

- |  |
|--|
| a) Coordenação do CTA com função exclusiva de gestor nesse serviço - <b>EIC</b>  |
| b) Coordenação do CTA com manutenção e estabilidade profissional no serviço - <b>EIC</b>   |
| c) Equipe técnica do CTA com manutenção e estabilidade profissional no serviço - <b>EIC</b>  |
| d) Equipe técnica do CTA com participação no processo de decisão das atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV, com motivação pelo coordenador do serviço - <b>EIC</b> |

14. Existe um coordenador com função exclusiva de gestor neste CTA, durante o expediente do serviço?  
( )  
1. Sim. Se sim, qual tipo de vínculo desse coordenador? \_\_\_\_\_  
2. Não. Se não, por quê? \_\_\_\_\_
15. Em sua opinião, você possui manutenção e estabilidade profissional neste serviço?  
( )  
1. Sim. Se sim, como se dá essa manutenção e estabilidade neste serviço?  
2. Não. Se não, por quê? \_\_\_\_\_
16. Em sua opinião, você participa no processo de decisão das atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV no serviço?  
( )  
1. Sim. Se sim, como se dá essa participação? \_\_\_\_\_

2. Não. Se não, por quê?

17. Caso participe no processo de decisão das atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV no serviço, é motivado pelo coordenador para essa ação?  
( )

1. Sim. Se sim, como se dá essa motivação?

2. Não. Se não, em sua opinião, por qual motivo não ocorre essa motivação?

### ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

#### Indicadores:

a) Coordenação do CTA articulada com outras instâncias gerências (municipal, estadual e nacional) para programação e execução das ações prevenção e controle às IST/aids/HV - **EIC**

b) Coordenação do CTA articulada com outras instâncias gerências (municipal, estadual e nacional) para resolução dos problemas relacionados à VE no CTA - **EIC**

18. As ações de prevenção e controle às IST/aids/HV no CTA são programadas e executadas em articulação com outras instâncias gerenciais?  
( )

1. Sim. Se sim, como se dá essa articulação?

2. Não. Se não, por quê?

3. Não sabe

18.1 Caso as ações de prevenção e controle às IST/aids/HV no CTA sejam programadas e executadas em articulação com outras instâncias gerenciais, quais são as instâncias que participam nesse processo? \_\_\_\_\_

19. Diante de problemas relacionados à VE neste CTA, existe uma articulação entre esse serviço e as outras instâncias gerenciais para a resolução desses problemas?  
( )

1. Sim. Se sim, como se dá essa articulação?

2. Não. Se não, por quê?

3. Não sabe

19.1 Caso haja articulação com outras instâncias gerenciais para a resolução de problemas relacionados à VE neste CTA, quais são as instâncias que participam nesse processo?  
\_\_\_\_\_

## GOVERNALIDADE DO SISTEMA

### AUTONOMIA DO COORDENADOR DO CTA

#### Indicadores:

a) Coordenador do CTA com autonomia no planejamento das atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV do serviço, conforme as ações previstas no PMS - **EIC; Doc**

b) Coordenador do CTA com autonomia para planejar e utilizar recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de prevenção e controle das IST/aids/HV no serviço - **EIC**

c) Coordenador do CTA com autonomia para à tomada de decisão no processo de trabalho do serviço - **EIC**

20. Em sua opinião, a coordenação deste CTA possui autonomia para planejar as atividades de prevenção e controle às IST/aids/HV realizadas pelo serviço, em conformidade com o PMS?  
( )

1. Sim. Se sim, como se dá esse processo de planejamento?

2. Não. Se não, por quê?

3. Não sabe

21. Em sua opinião, a coordenação deste CTA possui autonomia para planejar e utilizar recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de prevenção e controle das IST/aids/HV no serviço? ( )

1. Sim. Se sim, como se dá esse processo de planejamento e utilização desses recursos?

2. Não. Se não, por quê?

3. Não sabe

21.1 Em sua opinião, a coordenação deste CTA possui autonomia para à tomada de decisão no processo de trabalho do serviço?

1. Sim; 2. Não

a) Contratação de profissionais para o serviço ( )

b) Negociação de salário e incentivo financeiro para os profissionais do serviço ( )

c) Turno de trabalho ( )

d) Atividades desenvolvidas ( )

e) Outras atividades. Se sim, quais? ( )

### ADESÃO DOS INTERESSADOS

#### Indicadores:

a) Adesão de usuários no CTA às atividades de testagem e aconselhamento às IST/aids/HV, de acordo com a demanda de atendimento planejada para esse serviço - **EIC**

b) Adesão da equipe técnica do CTA ao serviço - **EIC**

22. Em sua opinião, os usuários deste CTA possuem o perfil da demanda de atendimento planejada para esse serviço? ( )

1. Sim. Se sim, considera que o perfil de usuários planejados, tem uma boa adesão, por quê?

2. Não. Se não, por quê?

3. Não sabe

23. Em sua opinião, a equipe técnica deste CTA possui uma boa adesão ao serviço?

1.

Sim; 2. Não

a) Identificação/satisfação com o trabalho desenvolvido ( )

b) Pretensão em fazer carreira no serviço ( )

c) Baixo índice de absenteísmo entre os profissionais ( )

d) Participação dos profissionais do CTA no planejamento das atividades do serviço ( )

e) Outras questões. Se sim, quais? ( )

### ESTRUTURA POLÍTICA-ADMINISTRATIVA

#### Indicadores:

a) Existência de instrumentos (portarias, notas técnicas, diretrizes, entre outros documentos afins) que assegurem às ações de prevenção e controle às IST/aids/HV em nível municipal, estadual e nacional - <b>EIC</b>
b) Participação do coordenador do CTA na elaboração de instrumentos (portarias, notas técnicas, diretrizes, entre outros documentos afins) que assegurem às ações de prevenção e controle às IST/aids/HV no serviço - <b>EIC</b>

**24.** Existem instrumentos, como: portarias; notas técnicas; diretrizes; entre outros documentos afins que assegurem às ações de prevenção e controle às IST/aids/HV em nível municipal, estadual e nacional desenhados para os CTA?

( )

1. Sim. Se sim, quais são esses instrumentos e quais os níveis hierárquicos?

2. Não

3. Não sabe

**25.** A coordenação deste CTA participa na elaboração de instrumentos, como: portarias; notas técnicas; diretrizes; entre outros documentos afins que assegurem às ações de prevenção e controle às IST/aids/HV no serviço?

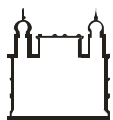
1. Sim. Se sim, como se dá essa participação?

2. Não. Se não, por quê?

Nota: EIC: Entrevista com informante chave; OD: Observação direta; Doc: Documentos.



## APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(a) senhor(a) está convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS**: Avaliação nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA em Pernambuco, que tem como objetivo avaliar a implantação das ações de vigilância epidemiológica (VE) do HIV/aids nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), em Pernambuco.

Essa pesquisa justifica-se pela necessidade de avaliar as ações de VE desenvolvidas nos CTA, visando a sua implementação e aperfeiçoamento, bem como pela carência de estudos que avaliem a realização de ações de VE nesses serviços e pela possibilidade de contribuir na reorganização do planejamento e das ações estratégicas de controle da morbimortalidade por Aids e outras DST no estado.

Para participar dessa pesquisa, você não terá nenhum custo, não receberá qualquer vantagem financeira, será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se, inclusive poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

Essa pesquisa não trará riscos à sua saúde, entretanto pode acarretar constrangimento a alguns questionamentos. Para evitar esse constrangimento, o entrevistado será esclarecido pelo pesquisador previamente sobre os objetivos e benefícios da pesquisa, sendo sua identidade tratada com padrões profissionais de sigilo e a entrevista realizada em local reservado, reservando-lhe o direito de não responder a alguma questão, se assim o desejar.

Sua colaboração é voluntária e consiste em responder, um questionário gravado em áudio apenas após o seu consentimento. Serão garantidos o anonimato

e o sigilo das informações, e a utilização dos resultados será exclusivamente para fins científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, como entrevistado(a), portador do documento de identidade \_\_\_\_\_, afirmo que fui devidamente orientado(a) sobre a finalidade e o objetivo do estudo, bem como sobre a utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e para sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo, conhecido apenas pelos pesquisadores, os quais não divulgarão em hipótese alguma.

Declaro que concordo em participar desse estudo e autorizo gravação de áudio. Recebi uma cópia desse termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data:

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

Em caso de dúvidas e/ou considerações, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz/PE (**CEP-Fiocruz/PE**), pois esse defende os interesses dos participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade, e contribui no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Endereço: Rua Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Recife/PE.

**E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br

Demais dúvidas sobre o estudo, entrar em contato com:

**Pesquisador responsável:** Khaled Azevedo Nour Almahnoun

**E-mail:** khaled.gmavs@gmail.com/almahnoud@hotmail.com

**Telefone:** (81) 3184-0341/99775-9789

**Endereço:** Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 Bongi – Recife/PE

## ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



Comitê de Ética  
em Pesquisa

**Título do Projeto:** "Vigilância epidemiológica do HIV/AIDS: Avaliação nos Centros de Testagem e Aconselhamento: CTA em Pernambuco."

**Pesquisador responsável:** khaled Azevedo Nour Almahnoud

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 22/11/2016

**Registro no CAAE:** 62224916.1.0000.5190

**Número do Parecer PlatBr:** 1.874.825

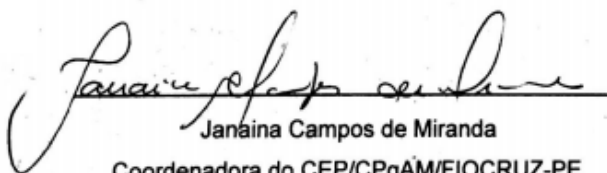
#### PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

O CEP/CPqAM reforça a necessidade de entrega de relatórios parcial e final, em cumprimento a resolução 466/12, capítulo XI, artigo 2d.

Recife, 20 de dezembro de 2016.


  
Janaina Campos de Miranda  
Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ-PE

Janaina Campos de Miranda  
Pesquisadora em Saúde Pública  
Coordenadora  
Mat. SIAPE 484777  
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n  
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
Recife - PE - Brasil  
comiteeetica@cpqam.fiocruz.br



## ANEXO B - Anuência do Estudo



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL


---

Recife, 26 de outubro de 2016

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **Vigilância Epidemiológica do HIV/AIDS: Avaliação nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA em Pernambuco**, do pesquisador: **Khaled Azevedo Nour Almahnoun**, aluno do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/CPqAM – Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, sob a orientação de Ana Lúcia Vasconcelos e Co-orientadora Aletheia Soares Sampaio, nas dependências da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.



Juliana Siqueira  
Diretora Geral de Educação na Saúde

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongí – Recife – PE  
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033